

## El work engagement de los directivos intermedios del sector salud: determinantes organizativos

Maria Emília Gil Girbau

<http://hdl.handle.net/10803/672237>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESIS DOCTORAL

Título	El work engagement de los directivos intermedios del sector salud : determinantes organizativos
Realizada por	Maria Emília Gil Girbau
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	de Psicología
Dirigida por	Dr.Carlos Maria Moreno y Dra.Susana del Cerro

## Agraïments

Redactar els agraïments és el darrer pas en el tancament de la tesi, no obstant per algun motiu especial aquest apartat ocupa un lloc preferent en l'ordre de lectura. Tot i el meu moment de maduresa personal i professional, per a mi aquest apartat es quelcom més que un punt i final, es l'inici d'una nova etapa.

Els agraïments tenen molt a veure amb aquest període especial de temps en el que el dia a dia ha conviscut amb aquest repte personal molt significant, que els paràmetres del que era normal no coincidien exactament amb el que era habitual, període també on he après a desgranar de debò el que es important. Pensar en els agraïments és pensar en la valuosa generositat de persones, que per diverses raons, durant aquests quatre anys m'han fet costat seguint el comú denominador de tenir un interès pel que estàs fent. Un interès que va aparellat amb la voluntat de donar un cop de ma, potser simplement d'ajudar a ser persistent en el teu projecte investigador, o per altra banda, recordar-te que la vida continua més enllà d'aquest dia a dia paral·lel tant particular en el que estàs immers quan fas una tesi. Probablement una forma d'encarar els agraïments és anar explorant les persones que m'han acompanyat en aquest camí amb l'esperança de no oblidar ningú significatiu.

Ans de res, permeteu-me unes paraules molt especials pel Dr. Salvador Llistar que ens ha deixat aquests darrers dies i a qui no oblidaré mai, referent personal i professional, amic, company i molt responsable de la meua decisió d'escollir aquest camí.

En primer lloc destacar l'agraïment als Drs. Susana del Cerro i en Carlos Moreno, els dos directors de tesi. Evidentment han estat una peça clau per anar avançant en el projecte, m'han anat introduint i guiant en la formalitat del procés i més d'una vegada m'han ajudat a mantenir els ànims quant aquests dequeien i pensava que no me'n sortiria. I en aquest punt hi he d'afegir molt particularment també el Dr. Jordi Segura, director del programa de doctorat en confiar en el meu perfil com a doctorant i en el seu suport incondicional sobretot en aquests darrers mesos on la conjuntura de la pandèmia ens limitava temps i capacitats. Vull mencionar també en aquest punt a la Dra. Núria Gimenez el meu agraïment per compartir complicitat investigadora i ajuda significativa en l'anàlisi de les dades. També al Sr. Lluís Taulats, en la seva contribució excepcional en la revisió final i a la Sra. Conxi Caro sempre disponible per facilitar-me les cerques bibliogràfiques.

També un agraïment molt especial al Dr. José A. Garcia, Director General del Consorci de Salut i Social de Catalunya i al Sr. Jordi Garriga Director General de l'empresa pel seu recolzament desinteressat en l'elaboració de la tesi.

Pel que fa a l'àmbit professional, i després de tants anys treballant no entraré en noms perquè son molts, però aquí sí que cal destacar els agraïments a aquelles persones que m'han ensenyat que vol dir ser una directiva de veritat del sector de l'atenció a les persones, i al respecte rebut sense diferències de gènere. Pels ànims dels companys de

la Unió Catalana d' Hospitals i a la Sra. Roser Fernández, al Sr. Enric Mangas i a la Dra. Helena Ris per comptar en mi en circumstàncies difícils. També a l'equip de la Fundació Integralia Vallés, amb el Josep al capdavant, persones lluitadores que res els impedeix de ser feliços amb la feina i el que tenen.

Un col·lectiu que també em requereix d'una consideració singular són les infermeres d'arreu, que amb l' eslògan Nursing Now lluiten per la dignitat i professionalisme del que és atendre i cuidar les persones de la millor forma. En aquest sentit vull mencionar l'exemple i l'escalf de l' equip de l'Escola d'Infermeria de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona, la Dres. Pilar Delgado, Marta Romero i Margarita Pla. I la Sra. Mariona Creus, avui Presidenta del Consorci Parc Taulí de Sabadell.

El paquet d' amics també es molt gran, però vull anomenar aquells que han estat molt a prop en l' assoliment d'aquest objectiu, la Mercè, el Lluís i el Manolo. També referents professionals i personals, directives com l'Ester i la Consuelo que tenen molt clar que vol dir professional, persona i organitzacions amables.

Passant al terreny personal vull destacar en primer lloc als meus pares, el Santi que ens va deixar fa quatre anys, noble i lluitador incansable per la seva família i l'Emília que amb 90 anys ha entès perfectament el projecte que tenia en mans. També molt especialment als meus pares polítics, a la Carme que ja no està amb nosaltres i al Josep M<sup>a</sup>, qui m'ha ensenyat que vol dir ser metge i estar a prop de les persones.

Tots junts som una gran família molt gran, però quan hi ha alguna cosa que grinyola sempre estan al costat, els meus estimats germans la Montse i el Santi, el meu equip.

I per últim els primers de la llista, la part més important que la vida ha dibuixat per mi, els meus fills, la Carla i el Vicenç. Probablement en una seqüència cronològica normalitzada hauria fet la tesi abans no nasquessin i en canvi em trobo fent-la en un moment en què comencen a fer la seva vida. Ara que ja estic acabant sóc més conscient de la seva immensa complicitat.

Només queda agrair tot això al Vicenç i per la nostra vida junts,

Gràcies i que tinguem sort !!!

## Índice

Resumen.....	3
Tabla de abreviaturas .....	8
Índice de tablas .....	9
Índice de figuras.....	10
PRIMERA PARTE .....	11
1 Introducción .....	12
1.1 Relevancia del problema de investigación .....	12
1.2 Motivación y justificación de la investigación.....	15
1.3 Propósito de la investigación .....	16
2 Contexto .....	18
2.1 El entorno sanitario de Cataluña .....	18
2.2 Singularidades de las organizaciones sanitarias.....	21
2.3 Niveles organizativos del sistema sanitario.....	24
2.4 Especificidades de la función de gestión sanitaria.....	25
2.5 Los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias .....	28
2.6 Entorno laboral de los profesionales de la salud .....	33
3 Marco teórico.....	37
3.1 El <i>work engagement</i> .....	37
3.2 Delimitación del concepto <i>work engagement</i> .....	38
3.3 Predictores del <i>work engagement</i> .....	47
3.4 Modelo basado en la teoría de Job-demands-resources .....	51
3.5 Perspectiva psicosocial.....	57
3.6 Instrumentalización del <i>work engagement</i> .....	58
3.7 Consecuencias del concepto <i>work engagement</i> .....	61
3.8 Nuevas oportunidades para el <i>work engagement</i> .....	65
4 El <i>work engagement</i> y los directivos intermedios .....	67
4.1 Constataciones.....	67
4.2 El modelo demandas y recursos laborales en el contexto sanitario.....	69
4.3 Factores impulsores.....	72
4.4 Síntesis.....	75

SEGUNDA PARTE .....	78
1 Estudio de campo .....	79
2 Objetivos .....	80
3 Hipótesis .....	81
4 Método .....	82
4.1 Diseño .....	82
4.2 Participantes .....	82
4.3 Criterios éticos y de confidencialidad .....	83
4.4 Instrumento .....	84
4.5 Análisis estadístico .....	89
5 Resultados .....	90
5.1 Resultados de las variables .....	90
5.2 Resultados de la variable <i>work engagement</i> .....	93
5.3 Resultados por perfiles de <i>work engagement</i> .....	94
5.4 Resultados por factores y <i>work engagement</i> .....	97
6 Discusión .....	103
6.1 Revisión de los objetivos .....	103
6.2 Revisión de las hipótesis .....	106
7 Limitaciones .....	115
8 Conclusiones .....	116
9 Futuras líneas de investigación .....	118
Referencias .....	119
Anexos .....	137

## Resumen

**TITULO:** El *work engagement* de los directivos intermedios del sector salud: determinantes organizativos

**RESUMEN:**

Los directivos intermedios son una pieza clave en la gestión de las organizaciones sanitarias. Se conoce a través de la literatura científica, que el *work engagement* de los profesionales del sector salud tiene impacto positivo en la consecución de los objetivos de la organización, en la atención de los pacientes y en la búsqueda de la excelencia. Reforzar el *work engagement* de los directivos intermedios podría contribuir a mejorar los resultados de las organizaciones sanitarias, y en última instancia, a mejorar la salud de la población atendida. No obstante, las estrategias organizativas orientadas a favorecer el *work engagement* de los directivos intermedios en el entorno sanitario son escasas y muy aisladas, y es un espacio de trabajo de gran interés. Con este fin, nuestro objetivo principal fue conocer y analizar la relación entre el contexto organizativo y el *work engagement* de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias. Un modelo importante que subyace en la literatura estudiada sobre el *work engagement* es el modelo de demandas y recursos laborales (JD-R). Este modelo se puede utilizar para describir las relaciones entre el contexto organizativo, los recursos laborales, y el *work engagement*. Mediante un estudio multicéntrico descriptivo basado en un cuestionario sobre *work engagement* y factores organizativos, se analizó el *work engagement* de los directivos intermedios de 23 organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro en un período de 5 años en la que respondieron 2.060 directivos intermedios.

Todos los resultados fueron analizados y discutidos con respecto a otras investigaciones similares. En este estudio, se constató entre otros aspectos relevantes, que los factores confianza y coherencia, autonomía profesional, imagen institucional, formación y desarrollo explican más del 70% del *work engagement* de los directivos intermedios. Considerando diferentes aspectos de la gestión de los directivos intermedios del sector sanitario pueden beneficiarse de incluir explícitamente el *work engagement* como un resultado esperado, en los sistemas de gestión, participación y desarrollo profesional y en el reconocimiento de este colectivo. La aplicación de este modelo, puede ayudar a identificar los determinantes organizativos que fomentan el *work engagement* de los directivos intermedios y orientar el diseño de intervenciones organizativas y de gestión, contribuir a los resultados de las organizaciones sanitarias y en definitiva contribuir a mejorar la atención de las personas.



**Palabras clave:** *work engagement*, directivos intermedios, modelo JD-R, organizaciones sanitarias, determinantes organizativos

**TITOL:** El *work engagement* dels directius intermedis del sector salut: determinants organitzatius

**RESUM:**

Els directius intermedis són una peça clau en la gestió de les organitzacions sanitàries. Es coneix a través de la literatura científica, que el *work engagement* dels professionals del sector salut té impacte positiu en la consecució dels objectius de l'organització, en l'atenció dels pacients i en la cerca de l'excel·lència. Reforçar el *work engagement* dels directius intermedis podria contribuir a millorar els resultats de les organitzacions sanitàries, i en última instància, a millorar la salut de la població atesa. No obstant això, les estratègies organitzatives orientades a afavorir el *work engagement* dels directius intermedis en l'entorn sanitari són escasses i molt aïllades, i és un espai de treball de gran interès. Amb aquesta finalitat, el nostre objectiu principal va ser conèixer i analitzar la relació entre el context organitzatiu i el *work engagement* dels directius intermedis en les organitzacions sanitàries. Un model important subjacent en la literatura estudiada sobre el *work engagement* és el model de demandes i recursos laborals (JD-R). Aquest model es pot utilitzar per descriure les relacions entre el context organitzatiu, els recursos laborals, i el *work engagement*. Mitjançant un estudi multicèntric descriptiu basat en un qüestionari sobre *work engagement* i factors organitzatius, es va analitzar el *work engagement* dels directius intermedis de 23 organitzacions sanitàries sense ànim de lucre en un període de 5 anys en la qual van respondre 2.060 directius intermedis.

Tots els resultats van ser analitzats i discutits pel que fa a altres investigacions similars. En aquest estudi, es va constatar entre altres aspectes rellevants, que els factors confiança i coherència, autonomia professional, imatge institucional, formació i desenvolupament expliquen més del 70% del *work engagement* dels directius intermedis. Considerant diferents aspectes de la gestió dels directius intermedis del sector sanitari poden beneficiar-se d'incloure explícitament el *work engagement* com un resultat esperat, en els sistemes de gestió, participació i desenvolupament professional i en el reconeixement d'aquest col·lectiu. L'aplicació d'aquest model, pot ajudar a identificar els determinants organitzatius que fomenten el *work engagement* dels directius intermedis i orientar el disseny d'intervencions organitzatives i de gestió, contribuir als resultats de les organitzacions sanitàries i en definitiva contribuir a millorar l'atenció de les persones.

**Paraules clau:** *work engagement*, directius intermedis, model JD-R, organitzacions sanitàries, determinants organitzatius

**TITLE:** Work engagement of middle managers in health-care: organizational determinants

**SUMMARY:**

Middle managers are a key element in the management of health-care organizations. Scientific literature shows that the work engagement of health-care professionals has a positive impact on the achievement of the organization's objectives, patient care, and the pursuit of excellence. Reinforcing the work engagement of middle-line managers could contribute to improving the results of health-care organizations, and ultimately, to improve the health of the population they serve. However, the organizational strategies aimed at promoting the engagement of middle-line managers in the healthcare environment are scarce, few and far between. It's a very interesting area. Our main objective was to observe and analyze the relationship between the organizational context and the work engagement of middle-line managers in health-care organizations. An important model that underlies the literature on work engagement is the model of job demands and resources (JD-R). This model can be used to describe the relationships between the organizational context, job resources, and work engagement. Through a descriptive multicenter study based on a questionnaire on work engagement and organizational factors, the work engagement of middle-line managers in 23 nonprofit health-care organizations was analyzed over a 5-year period; 2060 middle-line managers responded. All results were analyzed and discussed against the background of similar research. This study found, among other relevant aspects, that the factors trust and coherence, professional autonomy, institutional image, training and development, are the defining factor that explains more than 70% of the work engagement of middle-line managers. Considering different aspects of the management of middle-line managers in the health-care sector, they can benefit from explicitly including work engagement as an expected result of the management, participation and professional development systems, and in the recognition of this group. Applying this model can help to identify the organizational determinants that promote work engagement of middle-line managers, and guide the design of organizational and management interventions, contributing to the results of health-care organizations, and ultimately helping to improve the care of individuals.

**Key words:** work engagement, middle managers, job demands-Resources model, health-care, organizational determinants



## Tabla de abreviaturas

AESST-EU-OSHA	Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
COPSOC	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i>
COQ	<i>Organizational Commitment Scale</i>
COVID-19	Pandemia sanitaria mundial virus SARS-CoV-2
CSC	Consorci de Salut i Social de Catalunya
DI	Directivos Intermedios
EC	<i>Energy Compass</i>
FPSICO	Evaluación de factores psicosociales
HP	Hipótesis principal
HE	Hipótesis específica
IDESCAT	Institut d' Estadística de Catalunya
INSS	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
ISTAS	Instituto Nacional de Trabajo, Ambiente y Salud
JD	Demandas Laborales
JR	Recursos Laborales
LOPS	Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MSIT	<i>Health and Safety Executive's Management Standard's Indicator</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OBSE	<i>Organizational-Based Self Esteem</i>
OCB	<i>Organizational Citizenship Behavior</i>
OCDE	Organización para la cooperación y desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible (Agenda 2030)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OP	Objetivo Principal
OSSC	Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
PA	<i>Positive Affect</i>
PIB	Producto Interior Bruto
PR	Recursos personales
PsyCap	Capital psicológico
PSOP	Psicología de la Salud ocupacional positiva
QEEW	<i>Questionnaire of the Experience and Evaluation of work</i>
SCS	Servei Català de la Salut
UCH	Unió Catalana d'Hospitals
UE	Unión Europea
UWES	<i>Utrecht Work engagement</i>
WE	<i>Work engagement</i>

## Índice de tablas

Tabla 1.	Instrumentos de medida del WE, constructos y dimensiones	56
Tabla 2.	Factores impulsores del <i>work engagement</i>	70
Tabla 3.	Posiciones de gestión de directivos intermedios consideradas en el estudio	85
Tabla 4.	Variable e ítems indicador global de <i>work engagement</i>	89
Tabla 5.	Variables e ítems dimensión recursos laborales	84
Tabla 6.	Variables e ítems dimensión demandas laborales	90
Tabla 7.	Puntuaciones de los directivos intermedios por variables (factores) e ítems	94
Tabla 8.	Evolución del índice global de <i>work engagement</i> período 2015-2019	97
Tabla 9.	Evolución del índice global de <i>work engagement</i> y sus componentes período 2015-2019	97
Tabla 10.	<i>Work engagement</i> global según tipologías	99
Tabla 11.	<i>Work engagement</i> global y factores según perfiles de <i>work engagement</i>	100
Tabla 12.	Correlaciones entre el índice global de <i>work engagement</i> del directivo intermedio y los veinte factores	101
Tabla 13.	Correlaciones entre el índice global de <i>work engagement</i> del directivo intermedio y los veinte factores (2015-2019)	102
Tabla 14.	Resumen del modelo y ANOVA (Tabla 13)	102
Tabla 15.	Regresión múltiple de los factores organizativos gestionables del <i>work engagement</i> de los directivos intermedios	103

## Índice de figuras

Figura 1.	Modelo conceptual JD-R Bakker y Demeuroti (2007)	49
Figura 2.	Modelo conceptual adaptado JD-R Bakker y Demeuroti (2007)	50
Figura 3.	Modelo conceptual <i>work engagement</i> Bakker (2011)	52
Figura 4.	Participación de los Directivos Intermedios en el cuestionario sobre WE en el período 2015-2019	80
Figura 5.	Modelo conceptual a partir de las aportaciones teóricas	85
Figura 6.	Evolución del <i>work engagement</i> por tipologías de WE período (2015-2019)	93
Figura 7.	Priorización de los factores determinantes del WE	106

## PRIMERA PARTE

## 1 Introducción

### 1.1 Relevancia del problema de investigación

La finalidad principal de las organizaciones sanitarias es mejorar la salud de la población y proporcionarle asistencia médica. La sociedad actual, en permanente transformación, exige organizaciones y profesionales sanitarios flexibles y capaces de readaptarse a los nuevos y complejos escenarios (Soukup et al., 2018). Desde la gestión tecnológica y del conocimiento (Topol, 2019), al nuevo modelo de paciente (Gullery y Hamilton, 2015); (Mone, 2018), hasta las sucesivas crisis (la económica del 2008, la actual pandemia COVID-19), entre otros (Bennett et al., 2020).

Los profesionales constituyen un activo fundamental en el sector sanitario, y como señalan (Bakker y Leiter, 2010), las organizaciones actuales necesitan tener profesionales proactivos, activos con su trabajo y con altos estándares de calidad (Rauch y Frese, 2000). Por ello, las organizaciones sanitarias desarrollan estrategias para captar y fidelizar profesionales con talento, y proporcionarles un proyecto desafiante y que les permita su desarrollo profesional.

En este contexto, hay dos aspectos a tener en consideración: por una parte los activos intangibles a todos los niveles de la organización, como el profesionalismo, la ética y el compromiso (Buonomo et al., 2020); y por otra parte, el papel clave que desempeñan los directivos intermedios, que influyen notablemente en el conjunto de la organización (Hartviksen et al., 2019); (Engle et al., 2017); (Zjadewicz et al., 2016).

En el sector sanitario los directivos intermedios, *middle managers* o *immediate managers* tienen un rol muy relevante en las organizaciones, y más allá de la gestión diaria, están considerados epicentro en diversos procesos de transformación. En este sector, el colectivo de directivos intermedios está formado fundamentalmente por gestores de enfermería y gestores clínicos que tienen la responsabilidad de garantizar la adecuada función de los equipos de trabajo. Suponen aproximadamente entre el 5% y el 10% de la fuerza laboral de las organizaciones y su posición central es esencial (Birken et al., 2018).



Más allá de las características del sector sanitario, estudios globales de alcance internacional (Gallup, 2018) confirman la elevada influencia del manager en el compromiso del profesional colaborador. Este estudio sugiere que el impacto directo de las prácticas de los directivos intermedios en su equipo puede influir positivamente en un 70% de la percepción del *work engagement* de sus colaboradores. Fenómeno también descrito en investigaciones en el sector sanitario (Lloyd et al., 2015). Los profesionales suelen citar el comportamiento de sus superiores como la razón principal de insatisfacción laboral, *burnout* y de cambio de trabajo (Reina et al., 2018).

En este entorno laboral cambiante, se requiere que los empleados sean más comprometidos y autosuficientes, y muestren un mayor grado de rendimiento activo en el trabajo (Griffin et al., 2007). Para ello, la gestión *work engagement* de los profesionales está considerada como palanca de cambio fundamental para los directivos del sector sanitario (Epstein Julia, 2018).

Esta situación ha suscitado un interés en el estudio del concepto *engagement*, *work engagement* o *employee engagement* y de su aplicación también en el entorno sanitario. El constructo *work engagement* cuenta con una diversa red nomológica, pero a su vez escasamente demostrada de manera teórica o empírica (Macey y Schneider, 2008). De la revisión de la literatura se desprende que el punto de partida tiene su raíz en las investigaciones realizadas por (Kahn, 1990) y durante estos 30 años se han desarrollado diferentes líneas de pensamiento que hemos considerado de aplicación en nuestro estudio.

El concepto de *engagement* con el trabajo (*work engagement*) se ha estudiado ampliamente en el ámbito de la psicología (Schaufeli y Salanova, 2014), de la gestión y en la salud ocupacional para determinar factores que afectan a las actitudes positivas de los profesionales con su trabajo (es decir, bienestar, trabajo positivo, motivación). Los resultados de los estudios revisados concluyen que establecer acciones para generar *work engagement* en una organización es algo muy positivo (Bakker et al., 2014) y promueve actitudes favorables en el entorno profesional (Ancarani et al., 2018).

En la línea de las referencias teóricas mencionadas, determinadas organizaciones sanitarias innovadoras han desarrollado en los últimos años programas para impulsar prácticas organizativas orientadas a construir nuevos entornos laborales. La finalidad de estas iniciativas es impulsar organizaciones amables, fomentar el compromiso de los profesionales (Ancarani et al., 2018) y alcanzar una experiencia positiva del profesional (Bersin et al., 2015). Algunas iniciativas consolidadas estudiadas por Lowe (2012) a nivel de los profesionales sanitarios del sistema de salud inglés, sitúan el compromiso de los profesionales como prioridad estratégica y hacen referencia muy especialmente al rol de los directivos intermedios como factor determinante del compromiso de los equipos. No obstante, estas iniciativas no profundizan en el compromiso de este colectivo y van dirigidas en general al colectivo de profesionales asistenciales (Sorensen et al., 2019), enfermeras y médicos fundamentalmente (Mcmurphy y Consulting, 2019). Sugerimos que en la definición de nuevos entornos laborales sería adecuado profundizar en la gestión del *work engagement* a cada nivel de la organización y establecer prioridades según el contexto de cada organización.

Aunque se han desarrollado en los últimos años experiencias en otros sectores impulsadas por parte de empresas consultoras, las estrategias orientadas a favorecer el compromiso de los directivos intermedios en el entorno sanitario son escasas y muy aisladas, y es un espacio de trabajo de gran interés.

En definitiva, planteamos que el *work engagement* de los directivos intermedios del sector sanitario no es una opción, es una exigencia. Y no es exclusivamente un reto de presente, también lo es de futuro. Por ello consideramos que el *work engagement* de los directivos intermedios en el complejo contexto sanitario actual es un campo que necesita más conocimiento y es de crucial importancia para seguir avanzando en la gestión de las organizaciones.

## 1.2 Motivación y justificación de la investigación

La presente investigación está vinculada a la dilatada trayectoria profesional de la investigadora de 38 años en el sector salud, desde sus inicios como profesional de primera línea, a las responsabilidades de consultoría de organizaciones sanitarias a nivel nacional e internacional en el ámbito de la gestión y en el ámbito docente. En este espacio de conocimiento y de servicio a la sociedad, es donde la investigadora ha crecido como profesional y como persona. Desde su perspectiva, las personas y el valor social de las organizaciones deben ser considerados como epicentro de cualquier actuación.

La formación universitaria de la investigadora, inicialmente con los estudios de enfermería y sociología, complementados con la formación especializada en economía de la salud, en gestión de centros sanitarios y de organizaciones del conocimiento, han contribuido a despertar su interés y profundizar en la comprensión de las claves y el valor de la disciplina del *management* aplicada al sector salud (utilizamos el término en inglés con el sentido más amplio de la palabra). Su itinerario profesional le ha ofrecido la oportunidad de experimentar con gran intensidad la influencia de la organización y los estilos de gestión en los equipos. En algunas ocasiones en primera persona como receptora, trabajando como asesora de equipos directivos de salud de diferentes entornos y países, como observadora y en su etapa de directiva más senior como promotora de esta influencia. También ha podido apreciar este fenómeno en su actividad docente. Al mismo tiempo ha sido exploradora y dinamizadora de cómo abrir horizontes y acercar a este sector sistemas de gestión basados en la evidencia de las disciplinas como la sociología, la psicología, la economía y la comunicación, entre otras.

La investigadora sustenta sus reflexiones en el valor social de las organizaciones y se ha preguntado un millón de veces, ¿qué pueden hacer las organizaciones para que los colaboradores y profesionales se sientan mejor?

En este sentido la investigadora desarrolló el año 2015 su proyecto de final del master internacional de dirección de organizaciones del conocimiento TFM: Impacto y factores predictivos del compromiso de los profesionales en las organizaciones sanitarias. Éste ha sido el punto de inflexión donde la autora de la presente tesis doctoral ha

desarrollado su trayectoria investigadora durante estos 5 últimos años y siempre con la orientación empírica que le ha blindado su experiencia profesional.

Desde el año 2015 paralelamente al desarrollo del programa de doctorado y a sus funciones laborales en el contexto de la gestión sanitaria, la investigadora ha incorporado la notoriedad sobre el compromiso de los profesionales de la salud en diferentes proyectos e iniciativas, en presentaciones científicas en congresos internacionales y nacionales.

### 1.3 Propósito de la investigación

El propósito de la presente investigación es conocer y analizar la relación entre el contexto organizativo y el *work engagement* de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias. Las exigencias del contexto de las organizaciones sanitarias requieren un alto nivel de *work engagement* de los directivos intermedios y de su capacidad de transmitir y amplificar este *work engagement* al conjunto de la organización.

Conocer el *work engagement* de los directivos intermedios con las organizaciones sanitarias, nos puede ayudar a identificar los factores predictores y orientar las iniciativas a desplegar desde la dirección.

Considerando que los directivos intermedios son pieza clave en las organizaciones, reforzar su *work engagement* podría contribuir supuestamente a fomentar las actitudes positivas de sus colaboradores y aportar valor a los objetivos y resultados de las organizaciones.

Por otro lado, los directivos intermedios que no concilian su *work engagement* pueden vivir sus demandas organizativas y laborales como incompatibles y su potencial contribución podría ser negativa para su entorno profesional.

En concreto, la pretensión de la tesis es:

1. Analizar el perfil de *work engagement* de los directivos intermedios en organizaciones sanitarias de Cataluña durante un periodo de 5 años.

2. Identificar los factores organizativos predictivos del *work engagement* de los DI desde las percepciones de los DI participantes en el estudio a partir de las dimensiones del modelo JD-JR.
3. Analizar la relación entre los factores organizativos predictivos y el *work engagement* de los DI.
4. Destacar los factores organizativos gestionables prioritarios, como factores clave para utilizar de palanca en futuras iniciativas de gestión específicas.

Los resultados de la investigación que se propone pueden contribuir a la mejora de la gestión de las organizaciones sanitarias, en la medida que puedan aportar un mayor conocimiento de los factores organizativos determinantes del *work engagement* de los directivos intermedios. Reforzar el *work engagement* de los DI puede contribuir en última instancia a mejorar la salud de la población atendida, a los resultados de las organizaciones sanitarias y a la salud y bienestar de los profesionales.

## 2 Contexto

### 2.1 El entorno sanitario de Cataluña

Con el objetivo de situar el marco del sector donde los directivos intermedios ejercen su responsabilidad, en esta primera parte pretendemos hacer una radiografía del entorno sanitario de Cataluña con una síntesis de ocho perspectivas.

Proponemos como primera perspectiva la población. En Cataluña viven más de 7,7 millones de personas. El Instituto de estadística de Cataluña, a partir de ahora IDESCAT, sitúa las previsiones demográficas de la cifra de habitantes de Cataluña en aproximadamente 8 millones en el año 2030. Considerando la evolución de la estructura por edades de la población catalana, los mismos estudios prospectivos destacan como dato más revelador la acentuación del envejecimiento demográfico, con un 5,8 % de personas mayores de 80 años. El fenómeno migratorio que ha vivido Cataluña en los últimos 15 años introduce también nuevos elementos en el escenario demográfico, a pesar de que el alcance y la evolución son inciertos, provoca progresivamente, un fuerte impacto en los servicios de atención a la salud.

En segundo lugar, aportamos la perspectiva del estado de salud de la población catalana. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, a partir de ahora OCDE, sitúa el estado de salud de las personas que viven en Cataluña y España muy similar al de los países occidentales desarrollados, y menciona que en los últimos decenios se han producido grandes cambios en la salud de la población. La población de Cataluña ha estado amenazada recientemente con el impacto de la pandemia sanitaria mundial derivada de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ocasionada por el virus SARS-CoV-2, con trascendencia negativa en la situación social y económica. Sin embargo, los avances científicos y tecnológicos, y el desarrollo de los servicios preventivos y asistenciales, han contribuido al aumento de uno de los indicadores que reflejan el estado de salud de una población. Cataluña y España presentan buenos indicadores de salud (Carnicero et al.,2019), en comparación con otros países de Europa (OECD, 2019). La esperanza de vida al nacer de las personas de Cataluña (86,16 años para las mujeres y 80,71 años para los hombres, en el año 2020)

y una mejora cualitativa de los años vividos, supera los indicadores de los países de la Unión Europea.

De acuerdo con las previsiones para Europa y desde la perspectiva de las personas, los retos principales que deberá afrontar Cataluña en el futuro, serán los problemas de salud y las necesidades que se derivan del progresivo envejecimiento de la población, los problemas relacionados con enfermedades crónicas cardiovasculares y respiratorias, el cáncer, los relacionados con la salud mental (depresión y demencia), las lesiones e incapacidades derivadas de los accidentes, los estilos de vida, el entorno social (migraciones y cambios en la estructura familiar y social) y el medio ambiente. Por otro lado, la aparición constante de nuevas tecnologías y los costes crecientes de la atención a la salud son factores que implican que sea preciso decidir en cada momento concreto la distribución de recursos que dará la respuesta más adecuada a las necesidades y demandas de salud de la población.

Una tercera perspectiva es el sistema sanitario de Cataluña. La población de Cataluña tiene garantizada la atención sanitaria, garantía regulada por la (Ley 9/2017, de 27 de junio) de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud. La traducción de estas garantías es la universalidad del sistema sanitario público, es decir, la cobertura sanitaria total de la población sin distinción, la calidad asistencial y la capacidad de innovación. Destacamos también los espacios de complementariedad sanitario y social. Estos valores y una fórmula de gestión singular, con rasgos característicos como la diversidad de proveedores, lo han convertido en un referente internacional, capaz de dotar a nuestro territorio de unas cuotas de bienestar comparables con los países más avanzados en atención sanitaria.

Una cuarta perspectiva es el modelo de atención. El sistema sanitario catalán se basa en un modelo que sitúa a las personas en el centro y las acompaña a lo largo de toda la vida. La traducción de este modelo es atender a las personas para que nazcan y crezcan con salud, y detectar y tratar las enfermedades que puedan sufrir. Si no las puede curar, el objetivo del sistema sanitario es también ayudar a las personas a vivir en las mejores

condiciones posibles, y velar para facilitar los procesos finales de vida y que se respete el derecho a morir dignamente.

Los profesionales y la estructura sanitaria y social configuran una quinta perspectiva. Para alcanzar los objetivos del modelo sanitario, y según la información obtenida del Observatorio de Salud de Cataluña, Cataluña cuenta con el esfuerzo y la dedicación de más de 170.000 profesionales, una red de más de 3.000 dispositivos de atención (desde consultorios locales, centros sociosanitarios hasta grandes hospitales) distribuidos por todo el territorio catalán y dispone de una dotación tecnológica de última generación.

Los profesionales de la salud constituyen el principal activo del sistema al margen de su titularidad pública o privada. También la principal partida de gasto, que representa entre el 45 y 60% del gasto sanitario total de nuestro país.

No podemos obviar una sexta perspectiva muy determinante, la financiación del sistema sanitario. En una reciente publicación, Lopez-Casasnovas y Casanova Roca (2020), se estudian las características de la financiación del sistema sanitario catalán. Según estos autores, el año 2016, Cataluña dedicó a la sanidad pública el 5,3 % de su PIB, y el mismo año los países de la OCDE con sanidad universal destinaron a ese concepto el 6,81 % de media. Con estas cifras, Cataluña se sitúa ligeramente por encima de Grecia (5,19 % del PIB destinado a salud), pero muy lejos de Dinamarca (10,35 %) y de Finlandia (9,49 %), y también por debajo de España, que dedica, en su conjunto, el 6,39 %. Sobre una población catalana que supera los 7,7 millones de habitantes y teniendo en cuenta el envejecimiento activo y otros ajustes, el sistema sanitario catalán presenta un déficit de financiación pública que traducida en valores absolutos constata la necesidad de un incremento de los recursos sanitarios públicos de unos 5.000 millones de euros sobre las cifras presupuestadas actuales.

Finalmente, una octava perspectiva, donde queremos mencionar la gobernanza del sistema sanitario catalán, entendido como la forma de gobierno del sistema sanitario basada en la interrelación equilibrada de la administración pública, la sociedad civil y el mercado para lograr su desarrollo económico, social e institucional sostenible y estable. Desde la óptica de la gobernanza, el empoderamiento de los ciudadanos y la



responsabilidad de los profesionales sanitarios son aspectos estratégicos de actualidad en la política sanitaria de Cataluña (Ortun, 2010).

## 2.2 Singularidades de las organizaciones sanitarias

Las transformaciones del sector y las estrategias prioritarias a seguir conllevan el rediseño de competencias en diversos ámbitos asistenciales donde los marcos de actuación convencionales de los gestores de línea media (Davidson SJ, 2010) quedan obsoletos. Conocer estos retos nos ayuda a centrar el espacio de responsabilidad, la capacidad de cambio y liderazgo de estos directivos.

Los responsables de las organizaciones sanitarias están presenciando tiempos de grandes retos y oportunidades, que contemporizan con crisis sanitarias y económicas sin precedentes como la reciente pandemia del COVID-19 que ha puesto a prueba los sistemas sanitarios y sociales de todo el mundo (Jackson et al., 2020). Las necesidades de la población, la prestación de los servicios, las prácticas asistenciales (Soukup et al., 2018), la innovación terapéutica y la digitalización (Topol, 2019), y un enfoque creciente en servicios coherentes y proactivos centrados en la persona Gullery y Hamilton (2015), configuran un escenario que altera la naturaleza del trabajo y dificulta la gestión (Peiró, 2012).

Estamos hablando de un entorno caracterizado por cambios de paradigma en el que los modelos organizativos actuales han quedado obsoletos. En este contexto, cada vez hay más organizaciones que adoptan el nuevo modelo de la atención sanitaria basada en el valor, una estrategia que sitúa al paciente en el centro siempre con el objetivo de obtener los mejores resultados en salud (Bowie et al., 2015). En este sentido, hay que subrayar los cambios continuos vinculados a la innovación de las prácticas asistenciales, por ejemplo, en el abordaje de una enfermedad frecuente y conocida como es la atención de las personas con cáncer. En este tipo de enfermedades, las prácticas asistenciales evolucionan progresivamente en colaboraciones interdisciplinarias entre varias profesiones sanitarias, en la complementariedad entre servicios comunitarios y hospitalarios, creando procesos complejos con múltiples partes interesadas donde el paciente y su entorno más cercano comienzan a compartir las decisiones y la

responsabilidad. Todos estos elementos confluyen en un entorno caracterizado por cambios de paradigma muy profundos donde los modelos organizativos muestran una baja capacidad de respuesta a medio plazo.

Los avances y transformaciones mencionadas tienen impacto en los ciudadanos y en los profesionales de la salud (Erra, 2018). Referenciamos a continuación los avances que el autor considera más relevantes:

- La aportación y el impacto de las nuevas tecnologías es una realidad que ha modificado las expectativas de las personas con relación a sus procesos de salud, también a las formas de trabajo, de comunicación profesional, y a las formas de organización.
- El perfil de las personas que son atendidas en los servicios de salud cambia desde la perspectiva sanitaria, demográfica, social y cultural. Cada vez más, los pacientes demandan más información sobre su estado de salud y quieren participar en la toma de decisiones clínicas.
- También los profesionales, en la vertiente laboral, están inmersos en una nueva realidad de cambios rápidos. Por cuestiones socioculturales, como la facilidad de movilidad, disponer de una mirada más internacional, el deseo de vivir experiencias nuevas. Concretamente en el entorno sanitario trabajan personas con un gran potencial humano y profesional.
- Las personas aprecian en las organizaciones sanitarias que no estén encerradas en sí mismas, que dispongan de redes de relación e intercambio. De la misma forma que una asistencia correcta, especialmente en situaciones delicadas, difíciles o complejas pasa por un abordaje interdisciplinar y por equipos multiprofesionales, también es necesario que las organizaciones incorporen este referente para dar respuesta a las necesidades y demandas de los ciudadanos y de los profesionales.
- Finalmente, incorporamos otra realidad actual que cada vez es más latente en nuestra sociedad, y que es necesario considerar como la multiculturalidad y la diversidad social.

Según Laloux (2014) y desde una óptica más allá del entorno sanitario, esta tendencia de cambios disruptivos favorece el surgimiento de organizaciones *Teal*. El paradigma Teal, conceptualizado por Laloux, hace referencia a aquellas empresas en las que el equipo humano se convierte en el centro de la organización y establecen modelos organizativos y liderazgos con capacidad de adaptación a las necesidades emergentes sociales, sanitarias, tecnológicas y económicas más adaptables.

Las organizaciones sanitarias son consideradas por algunos autores como sistemas organizativos adaptativos de naturaleza compleja. Los sistemas adaptativos complejos se definen como redes neuronales, como redes de agentes interdependientes e interactivos que están unidos en una dinámica cooperativa por un objetivo común, perspectiva, necesidad, etc., y se describen como estructuras cambiables con jerarquías múltiples y superpuestas (Pype et al., 2018). Considerar la naturaleza compleja de las organizaciones sanitarias, las características de estos sistemas complejos y sus redes, es necesario para gestionar estas organizaciones y responder a los retos dinámicos y acelerados que ofrece las realidades de las sociedades de nuestros tiempos.

La naturaleza no lineal, dinámica e impredecible de la atención sanitaria se ha descrito a través de diversas perspectivas de la teoría de sistemas y la teoría de la complejidad (Cohn, 2014). Los sistemas de adaptación complejos y los procesos de respuesta complejos son ejemplos de estas perspectivas (Davidson SJ, 2010). Los sistemas complejos se basan en comportamientos colectivos en redes dinámicas, donde los cambios continuos son necesarios y ocurren regularmente. Al igual que las personas que los componen, los sistemas complejos también están vinculados entre sí en una red dinámica e interactiva. En los sistemas complejos interconectados destaca la importancia de los agentes y su conexión al tiempo que reconocen las estructuras y redes jerárquicas (Plsek et al., 2001). Los subsistemas integrados pueden funcionar como sistemas simples, complicados o complejos dentro de una organización que funciona como un sistema adaptativo complejo.

Las organizaciones sanitarias se están transformando cada vez más en organizaciones complejas y adaptativas (Pype et al., 2018). El modelo único compuesto por dos agentes, médico y paciente, o cuidador y paciente, han sido reemplazados por redes, organizaciones, instituciones, servicios primarios, especializados y, en la mayoría de ocasiones servicios, fragmentados, que deben ser coordinados por múltiples proveedores y sostenidos por diversas estrategias de financiación. Plsek y Greenhalgh describen un sistema adaptativo complejo como una colección de agentes individuales con libertad para actuar, con autonomía profesional, de formas no siempre predecibles, y cuyas acciones están interconectadas con las acciones de otros agentes (Plsek et al., 2001). En este tipo de estructura organizativa, los profesionales asumen un control significativo sobre su propio trabajo.

Los directivos y los agentes de cambio deben reconocer la naturaleza compleja de estas organizaciones al implementar cambios y apoyar la innovación y el progreso que surgen naturalmente en estos entornos. En este contexto, los directivos sanitarios han experimentado diferentes cambios: el cambio de autoridad profesional a valores gerenciales, el estrés económico (Brady Germain et al., 2010), el dominio de la gestión de arriba hacia abajo y una pérdida de participación y autonomía. Finalmente, la visión intuitiva de la asistencia sanitaria está obligada a reemplazar la perspectiva de gestión tradicional de "reducir y resolver" (Plsek et al., 2001).

### 2.3 Niveles organizativos del sistema sanitario

También desde nuestro centro de interés, los directivos intermedios, consideramos oportuno describir los niveles organizativos del sistema sanitario. La gestión sanitaria se estructura fundamentalmente a través de tres niveles organizativos indispensables para alcanzar el óptimo funcionamiento del sistema sanitario (Ortún, 1999). El autor distingue tres tipos de gestión: la gestión sanitaria macro (o política sanitaria), la gestión sanitaria meso (o gestión de centros), y la gestión sanitaria micro (o gestión clínica).

La gestión sanitaria macro (o política sanitaria) consiste en la intervención del Estado desde la planificación de los servicios de salud a nivel territorial para aumentar la

equidad y corregir disfunciones del mercado. La gestión sanitaria meso (o gestión de centros) se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora,... en un entorno muy regulado. La gestión sanitaria micro (o gestión clínica) parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (fundamentalmente, los clínicos) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en una tarea de incertidumbre (Del Llano et al., 1999). A su vez, las prácticas clínicas inapropiadas consumen entre el 25% y el 33% de los presupuestos sanitarios de todos los países del mundo (Berwick, 2017).

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en los EE.UU.; la gestión macro condiciona la meso, según lo que se decide comprar, presupuestar o financiar; la gestión micro influye en la macro por los recursos que asigna; la gestión meso influye en la macro a través de consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones de pacientes.

## 2.4 Especificidades de la función de gestión sanitaria

Las especificidades de la gestión sanitaria tienen que ver con las distintas prioridades y responsabilidades de los agentes del sistema de salud: profesionales sanitarios, directivos, pacientes y ciudadanos. Cada agente precisa alinear sus incentivos con los de los otros para asegurar un adecuado desempeño del sistema sanitario.

La gestión sanitaria establece sus funciones en el entendimiento entre culturas contrapuestas, por un lado, se encuentra la cultura de los profesionales de la salud con el rol asistencial, cuyo enfoque y motivación está centrado en la atención al ciudadano y, por el otro, el rol de gestión de las organizaciones sanitarias cuya razón de ser es asegurar que se den las condiciones necesarias para alcanzar la efectividad clínica, que de cómo resultado la mejora en la calidad de la atención sanitaria respaldado en la mejor evidencia disponible.

Buena parte de la responsabilidad de las decisiones sanitarias en la gestión de los recursos destinados a la atención de los ciudadanos y a la utilización de los servicios sanitarios y centros se transfieren a los profesionales de la salud.

Si la gestión sanitaria es diferente a cualquier otro tipo de gestión empresarial, se debe a tres elementos: las perspectivas de los agentes, sus prioridades y sus responsabilidades.

Es prioritario para el profesional de la salud tener la capacidad de poder reconocer las singularidades de su entorno sanitario y tomar decisiones con el objetivo de obtener los mejores resultados asistenciales. También para el gestor es importante reconocer que es lo que sucede en el entorno sanitario, tanto externo (situación económica, estrategia política de su Comunidad Autónoma, sindicatos, proveedores,...) como interno (rigidez administrativa, flexibilidad y autonomía en la toma de decisiones, canales de participación profesional,...).

Los roles asistenciales los ejercen los profesionales de atención directa, fundamentalmente enfermeras y médicos, no obstante, el modelo de atención centrada a la persona conlleva una actuación multidisciplinar y se abre el abanico de profesionales a otras disciplinas como la psicología clínica y fisioterapeutas, entre otros. Los roles de gestión los ejercen los profesionales de gestión indirectamente relacionados con los procesos asistenciales y que deben facilitar el rol asistencial. Ambos roles, asistenciales y de gestión precisan estar claramente definidos.

En las disciplinas asistenciales también existen roles de gestión, los gestores médicos y de enfermería, por ejemplo. Algunos autores definen el rol híbrido de los directivos asistenciales, fundamentalmente aquellos que pueden ejercer varias funciones: gestión, actividad clínica, formación e investigación (Duffield et al.,2019). Los gestores asistenciales son los responsables de facilitar las herramientas para el desarrollo adecuado de la actividad asistencial y son el enlace entre las unidades funcionales y la dirección ejecutiva de los centros. Son los responsables de la micro gestión de las organizaciones sanitarias. Proponen las prácticas clínicas más adecuadas en cada proceso asistencial y las tecnologías sanitarias necesarias, deben gestionar la utilización de los recursos; proponer estándares de calidad asistencial; gestionar los programas de

formación y de investigación; de construir y trabajar en equipo en su propio ámbito y en el contexto de la organización.

El gestor asistencial y no asistencial es responsable de trabajar dentro de los recursos disponibles; de desarrollar una fórmula para la distribución de recursos donde prime la equidad del conjunto del centro sanitario; de asesorar sobre las prioridades de gasto y dilucidar dónde hay que racionar llegado el caso; de valorar las necesidades de salud de la población cubierta; de asegurar la eficiencia en el manejo de costes unitarios; de desarrollar el marco para la calidad y la efectividad de los servicios asistenciales; y, de relacionarse con el entorno geográfico, social y económico.

Para discriminar las responsabilidades y los roles del profesional asistencial frente a los roles del gestor, conviene recordar las características propias e inherentes a las áreas asistenciales que configuran los centros sanitarios. Éstas son: las variaciones individuales en las enfermedades que presentan los pacientes, que convierten cada situación clínica en un caso único o, al menos, con importantes limitaciones a la estandarización; la presencia de los componentes éticos en la prestación de los servicios; los pacientes no son capaces, en general, de percibir su propia necesidad de servicios; la definición y la medición del producto asistencial es difícil; la naturaleza del trabajo exige la máxima reducción de posibilidad de error; las tareas son realizadas por personal altamente cualificado, en constante evolución por la innovación de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas y que goza de un alto grado de autonomía, lo que requiere, coordinación entre iguales pero de poca supervisión por personas no especializadas. Estas características ayudan a discriminar las responsabilidades y los roles del profesional asistencial frente a los roles del gestor.

La función de gestión sanitaria se ve limitada por la toma de decisiones de todos los involucrados, una parte importante de los recursos sanitarios utilizados dependen de las decisiones clínicas, lo que se convierte en sustento suficiente para que los directivos de las organizaciones sanitarias centren sus funciones en facilitar la toma de decisiones generando alternativas válidas en las distintas dimensiones que se estructura la organización sanitaria.

## 2.5 Los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias

En las organizaciones sanitarias los directivos intermedios, a partir de ahora DI, tienen diversas denominaciones (mandos intermedios, jefes de equipo, jefes clínicos, responsables de proyectos, responsables de enfermería y de áreas clínicas, entre otros), también en inglés (*immediate manager, front-line manager o middle manager*).

En el apartado anterior hemos referenciado los roles asistenciales y los roles de gestión. Mintzberg (1975), asoció el concepto de gestor al rol profesional de gestión responsable de la totalidad o parte de una organización; en sus responsabilidades se incluye, la coordinación, la organización, la planificación de los recursos, la monitorización de las metas y objetivos de la organización y en algunas empresas también la gestión económica. El gestor puede ejecutar su función de responsabilidad en uno de los tres niveles de gestión: gestión de primera línea, gestión de línea media y alta gestión. Siguiendo a Mintzberg, y resultado de observaciones de las funciones de gestión de diferentes empresas, el autor vincula el concepto de gestor, más que a una profesión concreta, a un conjunto de actividades o “roles”, definidos a su vez como conjuntos organizados de comportamientos asociados a una posición de responsabilidad. Considerando como punto de partida los estudios de Mintzberg, el concepto de directivo intermedio se analiza desde hace más de 45 años.

Diversos autores definen la posición de directivo intermedio como "una posición en las jerarquías organizativas entre el núcleo operativo y el vértice, con responsabilidad de una unidad de negocios en particular en este nivel intermedio de la jerarquía corporativa, que comprende a todos aquellos que están por debajo de la gestión estratégica de nivel superior y por encima del primer nivel operativo". En términos más simples, los directivos intermedios se definen como "cualquier gerente dos niveles por debajo del máximo directivo de la línea ejecutiva, denominado en el mundo empresarial anglosajón *Chief Executive Office* (CEO) y un nivel por encima de los profesionales" (Huy, 2001). Además, el mismo investigador aporta que los DI de primera línea hacen valiosas contribuciones a la ejecución de cambios radicales en las empresas, contribuciones que la mayoría de los altos ejecutivos generalmente no reconocen.



El concepto de directivo intermedio desde una perspectiva general y en cualquier sector productivo, es un concepto ambiguo, las definiciones de DI basadas únicamente en su posición o ubicación en la organización no son suficientes. Sin embargo, en relación a esta figura en las organizaciones los académicos coinciden en la contribución de esta figura a las organizaciones y que los DI son fundamentales para explicar los resultados clave de la organización debido a su posición intermedia en la gestión (Wooldridge et al., 2008). Una aportación interesante en estudios desarrollados en relación a la posición de los DI en el sector público, sitúan a los DI como la rueda de equilibrio y el vínculo entre actores y ámbitos de gestión desconectados (Chen et al., 2017). Mone (2018) señala la competencia de los DI es determinante para asegurar la gestión del cambio con la complicidad de los profesionales.

La posición de gestión de línea media en las organizaciones sanitarias supone aproximadamente el 5-7 % de la fuerza laboral, según la base de datos de las 114 organizaciones que configuran la Unió Catalana d'Hospitals (UCH). El ámbito de responsabilidad de esta posición está presente en todas las unidades organizativas y tienen un rol determinante facilitando la transversalidad organizativa. Publicaciones recientes aportan que la competencia de los DI es determinante para asegurar la gestión del cambio y la puesta en marcha de prácticas e iniciativas innovadoras (Engle et al., 2017). También, en la capacidad de generar complicidad con los profesionales dedicados a la asistencia y facilitando la interdisciplinariedad. La interdisciplinariedad en el entorno sanitario consiste en compartir, en la práctica asistencial, la especialización de diferentes disciplinas con el fin de ofrecer un enfoque integral a la atención de las personas (Mone, 2018).

Asimismo, una aportación interesante de la literatura en relación a los DI (Pannick, et al., 2016), hace referencia al impacto positivo en la calidad asistencial resultado de la complementariedad de los intereses de los DI con los intereses de los médicos y enfermeras. Un revisión sistemática en el ámbito de enfermería, aporta que el estilo gerencial, especialmente el liderazgo transformacional, y el apoyo de los DI también mencionados supervisores de enfermería es uno de los factores más relevantes que afectan a la rotación, cambios laborales de los profesionales resultado de las

incorporaciones y salidas, y a la permanencia de las enfermeras en las organizaciones (Halter et al., 2017). Por otra parte, la aportación de los DI a la gestión de las oportunidades y a la gestión de las situaciones de crisis (por ejemplo, en la reciente pandemia COVID-19) y en situaciones de valor estratégico está considerada de excepcional en los estudios mencionados.

En definitiva, la contribución de los DI en la gestión sanitaria está descrita en numerosos estudios. Agrupamos a continuación 6 aspectos de la esfera de gestión que consideramos relevante desde la perspectiva de esta contribución:

(1) La gestión de conflictos de interés. Los mandos intermedios afrontan las demandas y expectativas diferentes de tres actores principales; la organización, los profesionales, y los usuarios. En determinadas ocasiones, los DI gestionan conflictos de roles e intereses contrapuestos entre los actores de la organización (Martens, 2018). Contrariamente esta función catalizadora de conflictos pueden generar altos niveles de estrés a los DI y a su vez generar un efecto negativo en el desempeño de sus funciones.

(2) El enlace entre la posición ejecutiva y los profesionales de primera línea. El enlace entre la posición ejecutiva y los profesionales de primera línea. La posición central de los DI en el organigrama, entre ejecutivos y profesionales de primera línea, hace que los DI sean cruciales para limitar las brechas de conocimiento e información (Zjadewicz et al, 2016). Teniendo en cuenta las características de burocracia profesional definidas por Mintzberg, estas brechas son muy relevantes en las organizaciones sanitarias. Los DI aportan valor en la esfera de gestión donde es necesario traducir y acercar la políticas, estrategias y medios de alto nivel. A su vez, los DI facilitan el desarrollo de las buenas prácticas orientadas a garantizar la calidad de la atención al paciente y reducir los riesgos de la actividad clínica.

(3) El liderazgo positivo y acercamiento a la práctica clínica. El liderazgo positivo y acercamiento a la práctica clínica. Los DI favorecen la calidad asistencial en el adecuado engranaje con los profesionales clínicos (Pannick et al., 2016). En una reciente revisión sistemática los autores reconocen los DI en el entorno sanitario como el nivel de liderazgo positivo más cercano a la práctica clínica diaria (Hartviksen et al., 2019) y de gran responsabilidad en las organizaciones sanitarias (Birken et al., 2013).

(4) La contribución a los resultados de las organizaciones sanitarias. La contribución a los resultados de las organizaciones sanitarias. Diversos académicos relacionan la contribución de los DI a la gestión de los servicios de salud con una mayor satisfacción del paciente (Wong et al., 2013,) y en la seguridad del paciente (Quenon et al., 2020), aspecto que se traduce en menos eventos adversos (menor mortalidad del paciente, menos errores de medicación y menos infecciones adquiridas en el hospital, entre otros). Destacan que el liderazgo de los DI de enfermería influye directa e indirectamente en las motivaciones de las enfermeras (Brady Germain et al., 2010). Investigaciones previas indican una relación causal entre las acciones y los comportamientos de los DI y los resultados de la organización (Diener et al., 2010). Este estudio concluye que las acciones y las prácticas directivas pueden afectar las condiciones de trabajo de los empleados y las percepciones de los empleados de estas condiciones, apreciándose mejoras clave a nivel organizativo. En este sentido, es interesante mencionar las conclusiones de Birken en el análisis de la evidencia de la contribución positiva de los DI en la implantación de buenas prácticas en el sector sanitario (Birken et al., 2018).

(5) La gestión del cambio organizativo, el favorecimiento del *work engagement*. La gestión del cambio organizativo. Por ejemplo, en un reciente estudio publicado se expone una experiencia de cómo los DI promueven y gestionan la participación de los profesionales en la puesta en marcha de intervenciones de cambios organizativos en las organizaciones sanitarias (Tafvelin et al., 2019).

(6) El favorecimiento del *work engagement*. Hemos mencionado el rol del DI del sector sanitario como una posición emergente (Birken et al., 2018), necesaria en la gestión del cambio, pero también muy influyente y con efecto amplificador en el compromiso laboral de los profesionales. Las organizaciones sanitarias se caracterizan por una división del trabajo en áreas competenciales muy especializadas, articuladas en equipos, donde los directivos intermedios tienen un rol de gestión con gran influencia en las personas componentes del equipo y en la actividad diaria de los centros. Los profesionales asistenciales suelen citar el comportamiento de sus superiores en la razón principal de insatisfacción laboral, de *burnout* y de cambio de centro de trabajo

(Reina et al., 2018). Los DI comprometidos con la organización están motivados para saber por qué los empleados abandonan voluntariamente sus trabajos y cómo pueden prevenir esta pérdida (Holtom et al., 2008). Irónicamente, los comportamientos de los DI pueden ser la razón por la que los empleados eligen irse de la organización. Por ejemplo, en una encuesta de 10.000 solicitantes de empleo, el 42% dejó su trabajo debido a la insatisfacción con los DI (Bhattacharya et al., 2008).

Estos hallazgos sugieren que existen varios factores determinantes del papel de los DI también en la gestión del cambio organizativo y proponen identificar los determinantes organizativos que influyen en este rol profesional. En las organizaciones sanitarias los DI tienen un papel fundamental en la gestión de equipos y en la conexión de los profesionales con los retos organizativos. La contribución de los DI en el *work engagement* de los profesionales también se ha mencionado. Sin embargo, específicamente en sanidad, existen pocos estudios centrados en el *work engagement* de los DI (Lepistö et al., 2018).

A juzgar por estos informes, la contribución de los DI en el sector sanitario tiene trascendencia. Los DI son una fuente importante de motivación, o, por el contrario, de frustración en el entorno de trabajo. Estudios globales de alcance multisectorial sugieren que el impacto directo de las prácticas de los DI en su equipo puede influir positivamente en un 70% de la percepción del *work engagement* de sus colaboradores y tiene impacto amplificador de su propio WE en su ámbito de responsabilidad (Gallup, 2018). Fenómeno también descrito en investigaciones en el sector sanitario (Lloyd et al., 2015). La posición de DI está presente en todas las unidades organizativas y tienen un rol determinante facilitando la transversalidad organizativa. No sorprende que el factor que contribuya con más impacto en la implicación de los profesionales con la organización es la relación entre el profesional y su superior inmediato, en este caso en directivo intermedio.

## 2.6 Entorno laboral de los profesionales de la salud

La fuerza laboral del sector sanitario de Europa suma 18,6 millones de trabajadores y representa el 8,5% de la fuerza laboral total del conjunto de países de la Unión Europea y el 10% en los países de la OCDE. Las proyecciones elaboradas por la OMS a nivel mundial pronostican una escasez de 18 millones de trabajadores de la salud necesarios para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y la estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud publicada por la OMS, *Workforce 2030* (Organization, 2016) informa que la escasez de profesionales de la salud puede aumentar hasta 9,9 millones de médicos, enfermeras y comadronas en todo el mundo para el año 2030.

La fuerza laboral sanitaria es uno de los ejes de trabajo principales de expertos de la Unión Europea (HealthfirstEurope, 2019). Los profesionales de la salud son la piedra angular de los sistemas sanitarios, y su contribución es crítica para responder a los desafíos que se enfrentan los sistemas sanitarios, también para garantizar su sostenibilidad financiera. Desde otro punto de vista queremos aportar la visión de los profesionales de la salud como activo humano y profesional (Erra, 2018). Las personas que acceden a los estudios de ciencias de la salud tienen una buena trayectoria académica, son habitualmente personas inquietas, con sensibilidad y compromiso social, y normalmente buscan y valoran el sentido en su trabajo. Para muchos profesionales no es indiferente trabajar en una organización u otra, y no valoran exclusivamente los aspectos vinculados al salario y al horario, sino también valoran el estilo de la organización, valores y compromiso social, las posibilidades de crecimiento profesional.

La fuerza laboral sanitaria comprende una amplia variedad de profesiones y ocupaciones. Los profesionales de la salud se agrupan comúnmente en profesiones de la salud reguladas por la Ley 44/2003, de 22 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) de ámbito estatal. Dentro de cada campo de especialización, los profesionales a menudo se clasifican según el nivel de habilidad y la especialización de habilidades. Los “profesionales de la salud” son trabajadores altamente cualificados, en profesiones que generalmente requieren un conocimiento

extenso que incluye estudios de nivel universitario que conducen a la obtención de un primer grado o una calificación superior. Otra forma de clasificar a los profesionales de la salud es de acuerdo con el subcampo en el que practican, por ejemplo, como la atención de salud mental, atención del embarazo y el parto, atención quirúrgica, atención comunitaria, atención sociosanitaria, atención de rehabilitación o salud pública. La función de gestor no está considerada profesión sanitaria, no obstante es una disciplina con referencia en formaciones universitarias de grado.

Si tuviéramos que destacar los principales cambios y las transformaciones sustanciales en el sector de la salud que inciden en los condicionantes laborales de los profesionales sanitarios, a partir de diferentes estudios los resumiríamos en los siguientes puntos (Durrani, 2016); (Maguire, et al., 2018); (Topol, 2019):

- La adecuación de la fuerza laboral a una demanda creciente, un incremento de pacientes con patología compleja que comporta el riesgo de sobrecarga de trabajo y *burnout* profesional.
- La evolución de los modelos de atención que conlleva priorizar el enfoque de la prevención y la atención comunitaria, el modelo de atención centrado en la persona y el empoderamiento del paciente, la gestión sanitaria de la comorbilidad, la atención multidisciplinar, la digitalización de la atención sanitaria y la adaptación de los roles profesionales. Estas transformaciones sugieren la necesidad de redefinir los roles de las profesiones sanitarias y las áreas de responsabilidad. Roles emergentes de los profesionales del ámbito de la gestión, la necesidad de promover el *work engagement* y el rol de los directivos. A propósito de las reorientaciones de los recursos humanos del sector sanitario, expertos de la Unión Europea (*Expert Panel on effective ways of investing in Health, European Union 2019*).
- Finalmente, la nueva realidad Covid-19 ha reforzado la necesidad de la seguridad en el trabajo y la consideración de la gestión emocional y estrés de los profesionales.

Si no fueran suficiente dificultades los condicionantes laborales descritos, la gestión de las personas que forma parte de la fuerza laboral también se enfrenta a nuevos retos:

- La estructura de edad y género de los profesionales de la salud en Europa está cambiando también en las posiciones de DI. Destacamos el envejecimiento de los médicos, casi uno de cada tres médicos tiene más de 55 años, y la feminización de los profesionales sanitarios, 7-8 de cada 10 profesionales son mujeres.
- La diversidad generacional de los profesionales de la salud es también relevante en el ámbito de la gestión de recursos humanos. Actualmente, 4 generaciones (en lugar de 2 o 3 típicas en épocas anteriores) pueden formar parte de la plantilla de una organización. Un estudio en el ámbito de la atención pediátrica sugiere que cada generación tiene valores diferentes y que algunos de estos valores pueden estar en conflicto, y entre estas diferencias existen visiones alternativas sobre el equilibrio laboral y la vida que afecta a la percepción personal en relación al esfuerzo y la carga laboral (Spector et al., 2014).

Es interesante la mirada sociológica de la generación Y así como las derivadas en el entorno laboral (Myers y Sadaghiani, 2010). También conocidos como *millennials* esta denominación agrupa a las personas nacidas entre los años 80 y 90. Durante el primer brote de la pandemia Covid-19 estos profesionales, enfermeras y médicos fundamentalmente, han estado cubriendo día y noche las posiciones de primera línea, en las urgencias, en atención primaria y en las unidades de críticos hospitales, han remplazado la formación de su especialidad por la atención de personas con Covid-19.

Algunos de ellos han coincidido la finalización del período de prácticas de formación sanitaria especializada, formación en prácticas de disciplinas sanitarias universitarias y han vivido experiencias profesionales y personales inolvidables de primera mano, presenciando excepcionalmente la tensión y las debilidades del sistema sanitario de nuestro país. Esta vivencia conlleva para esta generación de profesionales un nivel de exigencia muy superior ahora que antes del primer brote de pandemia. Nos referimos a un colectivo de profesionales que están bien formados, tienen actitud éticas en el entorno laboral y muchas ganas de aprender y dedicarse a su profesión, (Sherman,

2014). Sin embargo se ven incapaces de encontrar un trabajo adecuado a sus conocimientos, y por encima de todo valoran mucho el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal. Es probable que la generación Y cambie de puestos de trabajo o incluso de profesión más a menudo que otras generaciones y tenga expectativas más altas que sus propios empleadores. Por otra parte, cuando están satisfechos con su trabajo y con la organización donde trabajan, muestran un mayor compromiso organizativo que otras generaciones.

Sin obviar tensiones generacionales que siempre han existido en el entorno laboral, el foco de muchas organizaciones se centra en cómo atraer, gestionar y desarrollar a este grupo (Hershatte & Epstein, 2010).

El contexto de precariedad laboral global que afecta fundamentalmente a los segmentos más jóvenes (y potencialmente más dinámicos), la sobrecarga asistencial, la pérdida de poder adquisitivo y la flexibilización de las condiciones laborales no constituyen a priori un marco óptimo para proyectar la evolución que los profesionales tendrán que hacer para adaptarse a los procesos de cambio, especialmente si se tiene en cuenta el ajuste presupuestario y las inercias acumuladas e intrínsecas a los colectivos profesionales.

Sin profundizar excesivamente en las diferencias generacionales, ya que no es el objetivo de este estudio, sí nos gustaría resaltar la relevancia de la investigación considerando esta generación como futuros directivos intermedios de las organizaciones sanitarias. El concepto de *work engagement* que desarrollaremos durante esta tesis, podrá ayudar a definir las políticas más adecuadas para conseguir los objetivos de un colectivo de directivos intermedios de hoy y de los próximos años.



### 3 Marco teórico

La investigación que hemos planteado exige profundizar en los conceptos que la fundamentan y permitir estructurar el trabajo de campo y guiar la reflexión. Esta parte ineludible en cualquier investigación, es muy crítica en nuestro estudio dado que nos hemos propuesto analizar los factores organizativos que condicionan el *work engagement* de los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias y el marco teórico adaptado en nuestro contexto prácticamente es inexistente.

Además debido al reciente auge del concepto *engagement* no disponemos de un marco teórico único y tenemos el reto de identificar la intersección de campos de procedencia de diferentes disciplinas, la psicología del trabajo, la psicología organizacional, la salud ocupacional, literatura organizacional y la gestión.

En consecuencia, más que una revisión del estado del concepto *work engagement*, nos hemos propuesto una investigación teórica que nos permita fundamentar el perímetro de estudio del *work engagement*, modelos y las herramientas más adecuadas para su aplicación en el contexto de nuestra tesis.

#### 3.1 El *work engagement*

La noción de *work engagement*, a partir de ahora WE, es relativamente nueva. De hecho, los autores y diversos profesionales se suelen referir al término *work engagement* como *employee engagement*, *workplace engagement*, o simplemente *engagement*. Esta indefinición ha facilitado la comercialización de modelos propios en el ámbito de consultoras de recursos humanos, aspecto identificado también por algunos académicos (Salanova y Shaufeli, 2009) p.98. Por esta razón, en el apartado 3.2., intentaremos consolidar desde el punto de vista académico, diferentes escuelas, modelos y definiciones predominantes de *work engagement* y justificar nuestra elección para esta tesis. Nosotros utilizaremos simplemente el concepto WE para referirnos al concepto usado en nuestro estudio.

### 3.2 Delimitación del concepto *work engagement*

Este capítulo sintetiza las principales líneas de pensamiento del concepto de WE con el fin de establecer el marco teórico sobre el cual construiremos la base teórica de nuestro estudio. Debemos añadir las limitaciones conceptuales de este concepto debido a la polisemia de la palabra *engagement* en inglés y que, indistintamente, se aplica a diferentes campos de investigación.

Analizando la literatura sobre *engagement*, *work engagement* o *employee engagement* no se puede encontrar un acuerdo unánime sobre la definición del concepto. De hecho, se encuentran múltiples definiciones que en algunos casos pueden incluso llevar a equívoco. El término se utiliza en diferentes momentos para referirse tanto a estados psicológicos, rasgos y comportamientos, así como a sus predictores e incluso a sus consecuencias o resultados.

El concepto de *engagement* cuenta con una diversa red nomológica, pero a su vez escasamente demostrada de manera teórica o empírica, lo que facilita, junto con la ambigüedad de sus definiciones, poder ampliar el rango de productos y servicios de consultoría que se puedan vender a las empresas (Macey y Schneider, 2008). Según estos autores las relaciones entre los potenciales predictores y las consecuencias, así como los aspectos que lo componen no han sido rigurosamente conceptualizados, y mucho menos estudiados y se sabe relativamente poco de ellos (Saks, 2006).

Dentro de las múltiples definiciones que pueden encontrarse, la mayoría provenientes de la literatura práctica y experimental, se observa que la sabiduría popular también ha realizado su contribución: el intuitivo sentido común que los líderes de las organizaciones tienen sobre la motivación en el trabajo. Relacionado con estas definiciones intuitivas existe la idea de que *engagement* es una condición deseable, tiene un objetivo organizativo, y comporta participación, compromiso, pasión, entusiasmo, esfuerzo y energía (Macey y Schneider, 2008).

Desde una visión integradora nos parece apropiado mencionar los otros constructos de WE que referencian dimensiones similares, como la participación en el trabajo y el compromiso organizacional de Meyer y Allen (1997), comportamiento dentro y fuera

de rol estudiado por Hallberg y Schaufeli (2006); iniciativa personal estudiado por Salanova y Schaufeli (2009), Tipo A por Hallberg y Schaufeli (2006) satisfacción laboral y adicción al trabajo por (Schaufeli et al., 2008).

Al mismo tiempo, debemos resaltar que la falta de precisión en la definición del concepto no implica que este carezca de utilidad conceptual o práctica, como ya indican otros autores, pero para poder progresar en el entendimiento del mismo es necesario precisar y proveer al concepto de exactitud inequívoca para poder medirlo, analizarlo y actuar sobre él, de manera que se puedan obtener beneficios para los empleados y, por extensión, para las organizaciones sanitarias (Macey y Schneider, 2008).

Exponemos a continuación las principales líneas de pensamiento que hemos considerado de aplicación en nuestro estudio.

(1) Modelo de Kahn. En lo que al término *engagement* se refiere, de la revisión de la literatura se desprende que el punto de partida tiene su raíz en las investigaciones realizadas por este académico, con la introducción de dos conceptos opuestos: *engagement* personal y *disengagement* personal (Kahn, 1990). Kahn (1990) es el primer autor en conceptualizar formalmente la idea de *engagement* como "...el aprovechamiento por parte de los miembros de la organización de su propio "yo" para sus roles de trabajo: en estado de *engagement* la gente usa su propio "yo" y se expresa física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desempeño de sus roles". De este modo, los empleados comprometidos ponen mucho esfuerzo en su trabajo porque se identifican con él. Kahn (1990) afirma que la gente posee unas dimensiones de sí mismos que, dadas las condiciones adecuadas, prefieren utilizar y expresar durante el desempeño de sus roles. Para emplear tales dimensiones canalizan su energía personal en esfuerzos físicos, cognitivos y emocionales. Relaciona a su vez este uso de la propia energía con otros conceptos que distintos autores habían definido previamente como son el esfuerzo, la involucración, el *flow*, el *mindfulness* y la motivación intrínseca. Y por otro lado, la expresión del *engagement* se sustenta en lo que los investigadores refieren como creatividad, el uso de la voz personal, la expresión emocional, la autenticidad, la comunicación no defensiva, el *playfulness* y el

comportamiento ético. En otras palabras, *engagement* como comportamiento (la energía aplicada al rol de trabajo) es considerada como la manifestación de un estado mental particular: la presencia psicológica.

El “yo” y el rol coexisten en una relación dinámica y negociable en la cual la persona dirige energías personales hacia comportamientos específicos de su rol (*self-*) y exterioriza su propio “yo” dentro de ese rol (*self-expression*). La persona se involucra físicamente en las tareas, solo o junto con otros, estando cognitivamente vigilante y conectado empáticamente con otros en el desempeño de su trabajo, exteriorizando lo que piensa y siente, su creatividad, sus creencias y valores y sus conexiones personales para con los demás.

A su vez, se asume que el *engagement* produce resultados positivos, tanto a nivel individual (crecimiento y desarrollo personal), como a nivel de organización (la calidad del desempeño).

Kahn define el *disengagement* personal como el opuesto al *engagement*. Esto significa una desconexión entre el “yo” y el rol del trabajo. El comportamiento de la persona muestra una supresión tanto de la energía como de expresiones personales en el desempeño de las obligaciones de su rol. La persona se protegerá escondiendo su “yo”, es decir su verdadera identidad, sentimientos y pensamientos durante el desempeño de su rol.

Esta situación la relaciona con comportamientos definidos por otros autores como automático o robótico, *burnout*, apático o desconectado, o *effortless*. Kahn une la protección del “yo” con comportamientos defensivos, emocionalmente inexpresivos, burocráticos, distanciados y cerrados. Debemos resaltar la inclusión del concepto *burnout* en el trabajo de Kahn, puesto que representa base de las teorías desarrolladas por otros grupos de investigación sobre *engagement*, que relacionan en los próximos apartados de este trabajo.

Una de las características de las teorías de Kahn que sin duda generan mayor debate entre los autores del área, es la noción temporal del estado de *engagement*. Kahn asume que la gente está constantemente variando la cantidad de su propio “yo” que invierte en el rol de su trabajo durante su jornada laboral, respondiendo

momentáneamente a los altos y bajos del día ya sea expresando su “yo” interno o defendiéndolo según corresponda.

Para explicar cómo se alcanza un estado de *engagement* o *disengagement*, Kahn propone la figura del contrato entre el rol y la persona, donde tres dimensiones de condicionantes psicológicos marcarán la ejecución del mismo, la dimensión sentido, la dimensión seguridad y la dimensión disponibilidad.

Este modelo propuesto por Kahn (1990) deja una serie de cuestiones aún por resolver. La primera y más importante es cómo se combinan las variables y dimensiones descritas para crear esos momentos del estado de *engagement* o *disengagement* en el individuo. Tampoco profundiza en el papel de las características intrínsecas de cada persona y cómo estas influyen en la consecución de un estado de *engagement*.

Investigaciones posteriores de May et al.(2004) muestran que el sentido (*meaningfulness*) es de las tres dimensiones definidas por Kahn, la que mantiene una relación más fuerte con *engagement*. Las características de las tareas (*job enrichment*) y las características de los roles (*work role fit*) se evidenciaron ligadas positivamente al sentido (*meaningfulness*). Las relaciones interpersonales (*rewarding co-worker relations*) y el estilo de gestión (*supportive supervisor relations*) fueron predictores positivos de la seguridad psicológica, mientras que las normas de la organización (*adherence to co-worker norms*) e inseguridad (*self-consciousness*) fueron predictores negativos.

La disponibilidad (*availability*) se relacionó positivamente con la energía física y emocional (*resources available*), mientras que la vida privada, aquí definida como participación en actividades externas (*outside activities*), fue un predictor negativo.

Por último, las características de las tareas (*job enrichment*) y las características de los roles (*work role fit*) estuvieron mediadas por el sentido (*meaningfulness*) con *engagement*. Por otro lado, la relación de las normas de la organización (*adherence to co-worker norms*) y el *engagement* se observaron parcialmente mediados por la seguridad psicológica.

(2) Modelo de Macey-Schneider. Posteriormente Macey y Schneider (2008) realizaron una revisión del uso de las diversas definiciones de *engagement*, siendo muchas de ellas conceptos ya existentes y etiquetados bajo este nuevo constructo. *Engagement* se ha utilizado para referirse tanto a un estado psicológico (la participación, el compromiso, el apego, el estado de ánimo, etc.), como a un constructo de desempeño (el esfuerzo o conducta observable o el *Organizational Citizenship Behavior* (OCB), o a características del carácter o predisposiciones (*Positive Affect* (PA)), o como alguna combinación de lo anterior (Macey y Schneider, 2008).

En la literatura existente, el *work engagement* es utilizado por algunos autores para referirse a un constructo específico con atributos únicos (por ejemplo: la participación, la iniciativa, el espíritu deportivo o el altruismo) y por algunos otros como un constructo relacionado con el desempeño que sobrepasa el nivel habitual o esperado del mismo por lo que toda y amplia exploración de conceptos en la última década no ha producido consenso sobre su significado (Macey y Schneider, 2008) ;(Bakker et al., 2008).

Macey y Schneider (2008) pretenden resolver la confusión conceptual al proponer *engagement* como un término “todo incluido” que contiene diferentes tipos de *engagement*: *trait engagement* , *state engagement* y *behavioral engagement* , cada uno de los cuales conlleva diversas conceptualizaciones; por ejemplo , la personalidad proactiva (*trait engagement*) , involucración (*state engagement*) , y *behavioral engagement* (Bakker et al., 2008). A continuación, describimos las diferentes facetas del *engagement* según este modelo: *state management*, *behavioural engagement* y *trait engagement*.

El *state management* considera el *engagement* como estado psicológico, ha adoptado diversas formas de una o más ideas relacionadas, donde cada una de estas representa una cierta forma de absorción, adhesión y/o entusiasmo. Operativamente, los medidores de *engagement* en su mayor parte se componen de una variedad de temas que representan una o más de las cuatro categorías diferentes: la satisfacción laboral, el compromiso organizacional, el *empowerment* psicológico y la involucración en el trabajo.

El *behavioural engagement* es a la vez, la expansión del rol, el comportamiento proactivo y la demostración de iniciativa personal. Todas ellas centradas estratégicamente al servicio de los objetivos organizacionales. Muchos de estos aspectos contienen la noción de "ir un paso más allá de lo habitual o típico", lo normalmente esperado o requerido, dentro de los marcos de referencia específicos. Sus aspectos según el modelo son: *organizational citizenship behaviour* (OCB), proactividad, expansión del rol y adaptabilidad.

Finalmente el *trait engagement* comprende una serie de aspectos relacionados entre sí, incluyendo la afectividad positiva (PA), la personalidad proactiva, la diligencia, y la personalidad autotélica, que se refiere a las personas que participan en actividades por su propio bien. Todos ellos sugieren una tendencia a experimentar el trabajo de una manera positiva, activa y enérgica y con comportamientos adaptativos, es decir, muestran un esfuerzo para ir más allá de lo necesario e iniciar el cambio para facilitar resultados relevantes para la organización.

(3) Modelo de Meyer y Allen (1991). En otra línea de pensamiento en el marco de las construcciones similares al WE. Meyer y Allen (1991) plantean el compromiso organizacional, definido como un estado psicológico que caracteriza el vínculo del trabajador con la organización y repercute en su decisión de permanecer o abandonarla. El compromiso es un constructo multidimensional que abarca sentimientos positivos y de pertenencia a la empresa (dimensión afectiva), el deber moral e identificación con las normas de la organización (dimensión normativa) y la necesidad de permanecer en la organización (dimensión de continuidad). Definimos a continuación cada una de las tres dimensiones o componentes.

El compromiso afectivo explica la adhesión emocional del empleado hacia la empresa, adquirido como consecuencia de la satisfacción por parte de la organización de las necesidades y expectativas que el trabajador siente. Los trabajadores con este tipo de compromiso se sienten orgullosos de pertenecer a la organización. Significa también que el empleado se sienta identificado con los valores de la empresa, sintiendo orgullo

de pertenecer a la organización y sintiéndose preocupado por la empresa cuando la misma tiene problemas.

El compromiso de continuidad, relacionado con el deseo de permanecer en la organización, explica como consecuencia de la inversión de tiempo y esfuerzo que la persona tiene por su permanencia en la empresa y que perdería si abandona el trabajo. Compromiso de continuidad, señala el reconocimiento de la persona, con respecto a los costes (financieros, físicos, psicológicos) y las pocas oportunidades de encontrar otro empleo, si decidiera renunciar a la organización. Es decir, el trabajador se siente vinculado a la institución porque ha invertido tiempo, dinero y esfuerzo y dejarla implicaría perderlo todo; así como también percibe que sus oportunidades fuera de la empresa se ven reducidas y se incrementa su apego con la empresa.

El compromiso normativo o deber moral o gratitud que siente el trabajador que debe responder de manera recíproca hacia la empresa como consecuencia de los beneficios obtenidos (trato personalizado, mejoras laborales, entre otros). El compromiso organizacional se mide con el cuestionario de compromiso laboral (COQ) (Meyer y Allen, 1997).

Aunque los conceptos compromiso organizacional y *work engagement* están profundamente relacionados y probablemente se retroalimentan, no podemos obviar perspectivas divergentes y convergentes sobre esta relación (Kim et al., 2017). Si bien algunos estudios han examinado el *work engagement* como precursor del compromiso organizacional, otros han investigado el *work engagement* resultado del compromiso organizacional.

A pesar de las perspectivas contrastantes, nuestro estudio pivota en los modelos teóricos integradores. A tal efecto recuperamos el modelo de Macey y Schneider (2008) que nos aporta el vínculo de la noción del compromiso organizacional y la noción de *work engagement*. Modelo que conceptualiza ambos constructos como el apego positivo hacia la empresa. Esta perspectiva del *work engagement* está conectada muy específicamente con la dimensión afectiva del compromiso organizacional (Allen y Meyer, 1990). Por otro lado, Salanova y Schaufeli (2009) definen *work engagement* recurriendo al compromiso organizacional en su dimensión afectiva (p.ej., el vínculo



emocional con la organización) y más que una adhesión afectiva como sustentan Meyer y Allen (1991) se puede entender como un estado psicológico.

(4) Modelo y escuelas de la psicología de la salud ocupacional positiva. Tradicionalmente, la investigación en salud ocupacional ha estado centrada principalmente en las causas de las enfermedades, así como en identificar y prevenir los factores laborales relacionados con el deterioro de la salud de los trabajadores. Sin embargo, esta aproximación sesgada no puede proporcionar una comprensión completa de los mecanismos que conducen al bienestar y rendimiento óptimo de los empleados (Bakker y Rodríguez-Muñoz, 2013). Durante las dos últimas décadas ha existido un creciente interés entre los investigadores en utilizar un enfoque positivo en las organizaciones que corresponde al campo de la psicología de la salud ocupacional positiva (PSOP).

La PSOP ha emergido del nuevo enfoque de la psicología positiva en general y del comportamiento organizacional positivo en particular, el cual se define como el estudio y la aplicación de las fortalezas y las capacidades psicológicas, que pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas eficazmente para mejorar el rendimiento en los contextos laborales actuales (Bakker y Rodríguez-Muñoz, 2013).

De forma sorprendente, la investigación sobre *burnout* ha estimulado la investigación más actual sobre WE. Contrariamente a aquellos que sufren de agotamiento, los que experimentan WE tienen un sentimiento de conexión energética y de eficacia con su trabajo, y en lugar de estresante y exigente, consideran su trabajo como un reto. Existen dos escuelas de pensamiento diferentes, pero relacionadas, que consideran el *engagement* como un estado de bienestar o satisfacción relacionado positivamente con el trabajo (Bakker y Rodríguez-Muñoz, 2013).

Según Maslach y Leiter (2000), las relaciones psicológicas de las personas con sus puestos de trabajo han sido conceptualizados como un continuo entre la experiencia negativa de *burnout* y la experiencia positiva de *engagement*. Este último se caracteriza por la energía, la implicación y la eficacia, que son los opuestos directos de las tres dimensiones del *burnout*. Estos autores sostienen que el *burnout* es un desgaste del *engagement* donde la energía se convierte en agotamiento emocional, la implicación

en cinismo, y la eficacia profesional en ineficacia (Maslach y Leiter, 2008). Por lo tanto, hay tres dimensiones interrelacionadas a este continuo: el agotamiento - energía, el cinismo - implicación, e ineficacia - eficacia profesional.

Esta clasificación está sustentada por un instrumento de medida desarrollado por (Maslach y Jackson, 1981) genérico para todo tipo de trabajos, independientemente de las tareas que en él se realicen: el Maslach *burnout inventory: general survey* (MBI-GS).

Las tendencias más recientes en este campo de investigación se han centrado en el polo positivo de las tres dimensiones y se han etiquetado como *work engagement*. En concreto, el *work engagement* se ha definido como un estado energético de involucración en actividades que llevan a la realización personal y que mejoran el sentimiento de eficacia profesional (Maslach y Leiter, 2008).

A modo de recapitulación, el *burnout* es una erosión de *work engagement* donde toda la gama posible de estados de bienestar de los empleados está cubierta por un continuo definido desde el polo positivo (*engagement*) al polo negativo (*burnout*). Los resultados desfavorables son indicativos de *burnout*, mientras que las puntuaciones favorables son indicativos de *work engagement* (González-Romá et al., 2006).

La importancia práctica de este continuo *burnout-engagement* es que el *work engagement* representa un objetivo deseado para cualquier intervención en el *burnout*. Este marco lleva tanto a los investigadores como a los profesionales a dirigir su atención hacia los factores que son susceptibles de aumentar la energía, el vigor y la resistencia de los empleados en el lugar de trabajo; de promover su participación y la absorción en las tareas de trabajo; y que llevan a garantizar su dedicación y su sensación de eficacia y éxito en el trabajo.

Existe otra visión alternativa que considera el *work engagement* como un concepto autónomo, distinto, que se relaciona negativamente con el *burnout*. En contraposición a los empleados que sufren *burnout*, los que experimentan *engagement* manifiestan una conexión energética y efectiva con sus trabajos y se ven capaces de afrontar las nuevas demandas que aparecen en el día a día laboral (Salanova et al., 2005). Es decir, en el *engagement*, existe un sentimiento de realización que contrasta con el *burnout*, en el que la gente acaba generando una sensación de vacío (Bakker et al., 2008).

Más que un estado específico y momentáneo, el *work engagement* se refiere a un estado afectivo-cognitivo más persistente que no está focalizado en un objeto, evento o situación particular (Schaufeli y Salanova, 2002). Para esta escuela, no muy alejada de la anterior, se define el *work engagement* como un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción (Salanova y Schaufeli, 2009).

- El vigor se caracteriza por una gran voluntad de dedicar esfuerzo al trabajo y la persistencia ante las dificultades.
- La dedicación se refiere a estar fuertemente involucrado en el trabajo y experimentar una sensación de entusiasmo, inspiración, orgullo, reto y significado.
- La absorción se caracteriza por estar totalmente concentrado y felizmente inmerso en el trabajo, de tal manera que el tiempo pasa rápidamente y se experimenta desagrado por tener que dejar el trabajo.

De acuerdo a esta definición, el vigor y la dedicación son considerados los opuestos de las dimensiones del *burnout* de agotamiento y cinismo, respectivamente (Leiter y Maslach, 2016). El continuo que queda unido vigor y agotamiento, se le ha llamado energía o activación y el formado por dedicación y cinismo, identificación (Schaufeli & Bakker, 2003). A partir de aquí (Schaufeli, et al. 2002) desarrollaron la herramienta *Utrecht work engagement survey* (UWES) para medir el *work engagement*, incluyendo las tres dimensiones del constructo anteriormente definidas.

### 3.3 Predictores del *work engagement*

Para la presente investigación es muy relevante hablar de predictores. Considerando que en nuestro estudio queremos relacionar el contexto organizativo y el *work engagement* de los directivos intermedios, los predictores nos ayudan a identificar esta relación.

Como en la mayoría de tópicos relativos al WE, nos encontramos con varios modelos existentes que pretenden englobar un marco completo de predictores y, a la vez,

diversos estudios que intentan abordar un constructo o concepto particular y correlacionar positiva o negativamente con los valores de WE.

El modelo de Saks (Saks, 2006) es uno de los primeros ejercicios de consolidación de los predictores y consecuencias del WE. A partir de la revisión de la variada literatura disponible de las diversas escuelas que hemos mencionado (Kahn, 1990); (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001); (Schaufeli y Bakker, 2004).

Saks propone un modelo donde define como predictores o antecedentes del WE los siguientes: características del trabajo, percepción de apoyo organizacional y del supervisor, recompensas externas y reconocimiento, la justicia distributiva y su procedimiento.

- Características del trabajo: El sentido psicológico según el modelo de Kahn se puede lograr a partir de las características de las tareas que proporcionen un trabajo desafiante, la variedad de las mismas, que permita tanto el uso de diferentes habilidades como del criterio personal y la oportunidad de hacer contribuciones importantes. Basándose en la escuela del *burnout*, el modelo también considera las características del trabajo, en especial el *feedback* y la autonomía (Maslach et al., 2001).
- Percepción de apoyo organizacional y del supervisor. Las relaciones interpersonales basadas en la confianza, como la sensación de ser apoyado en las tareas asignadas, promueven la seguridad psicológica. Los miembros de la organización se sienten seguros en entornos de trabajo que se caracterizan por la franqueza y el apoyo mutuo. Los entornos favorables permiten a los miembros experimentar e intentar cosas nuevas, y si no las logran, no tienen temor a las consecuencias (May et al., 2004). Las relaciones de apoyo con el supervisor se correlacionaron positivamente con la seguridad psicológica. El apoyo social es también uno de los conceptos identificados por Maslach et al. (2001) y que a su vez Schaufeli y Bakker (2004) incluyen dentro de los recursos del trabajo, que predicen la aparición del *work engagement*. La falta de apoyo social también ha sido ampliamente relacionado con el *burnout*. Saks (2006) propone dos indicadores particulares que son el apoyo percibido de la

organización (*perceived organizational support*) y el apoyo percibido del supervisor (*perceived supervisor support*).

- Recompensas externas y reconocimiento. Las personas varían su nivel de *work engagement* en función de su percepción de los beneficios que reciben en su rol de trabajo o, en otras palabras, el retorno de la inversión que obtienen de involucrarse en el trabajo, que puede venir en forma de recompensas externas y reconocimiento, además de realizar un trabajo significativo.
- La justicia distributiva y su procedimiento. La dimensión de seguridad identificado por Kahn (1990) se basa en las situaciones sociales que son predecibles y consistentes. Para las organizaciones es especialmente importante ser consistente y predecible en términos de la distribución de las recompensas, así como los procedimientos utilizados para asignarlos. La justicia distributiva se refiere a la percepción de la imparcialidad de las decisiones y su procedimiento. Cuando los empleados tienen altas percepciones de justicia en su organización, es más probable que estos se sientan en la obligación de también ser justos en la forma en que llevan a cabo sus funciones, dando más de sí mismos a través de mayores niveles de compromiso. Por otro lado, las bajas percepciones de justicia son susceptibles de provocar que los empleados se desentiendan de sus roles de trabajo. La equidad y la justicia son también dos de las condiciones de trabajo para (Maslach et al., 2001).

El modelo de Christian (Christian, 2011) se basa en el modelo conceptual de Macey y Schneider (2008). No obstante considera muy acertadamente, que probablemente sería mejor referirse a la definición hecha por Macey para la dimensión *state engagement* como simplemente *engagement*, asumiendo que es probable que contenga tanto componentes del carácter del individuo y como de su estado psicológico (Christian, 2011). Los predictores que incluye este modelo se clasifican en tres subgrupos: características del trabajo (motivacionales, contextuales y sociales), liderazgo (liderazgo transformacional y relaciones de intercambio líder-empleado) y las características disposicionales (personalidad proactiva, diligencia y PA).

- Características del trabajo: engloban diversos aspectos basados en los modelos teóricos, como las características motivacionales, sociales y del contexto del trabajo (Humphrey et al., 2007). No obstante, Christian sólo utiliza para su modelo las características que ha encontrado en artículos relacionados con *engagement*. Dentro de esas características incluye algunas motivacionales como la autonomía (la libertad de llevar a cabo el trabajo propio), la variedad de tareas (la realización de tareas distintas en el puesto de trabajo), la importancia de la tarea (como el resultado de las tareas afectan a las vidas de otros), la retroalimentación (grado en el que un trabajo obtenga *feedback* de su desempeño), la resolución de problemas (en qué medida un trabajo exige soluciones innovadoras o nuevas ideas) y la complejidad del trabajo (grado en el que un trabajo es multifacético y difícil de realizar). Todas estas características motivan a los trabajadores al aportar significado a su trabajo, responsabilidad y hacerlos sabedores de sus resultados. Dentro de las características sociales destaca también el apoyo social mencionado en el modelo de Saks. Éstas motivan la creación de sentido psicológico (Kahn, 1990), la resistencia y la seguridad. Para finalizar, tanto las exigencias físicas (la cantidad de esfuerzo físico necesario para un trabajo) como las condiciones de trabajo (riesgos para la salud, la temperatura y ruido) son incluidas como parte de las características contextuales del trabajo.
- Liderazgo. Christian considera que los líderes son elementos críticos del contexto de trabajo que pueden influir en cómo las personas ven su trabajo. En línea con los argumentos presentados por Kahn (1990) y Macey y Schneider (2008) argumenta que cuando los líderes tienen expectativas claras, son justos, y reconocen el buen desempeño, tendrán efectos positivos en los valores del *work engagement* de sus empleados generando un sentido de apego al trabajo. Cuando los empleados tienen confianza en sus líderes, los primeros estarán más dispuestos a invertir su verdadero “yo” en su trabajo al experimentar una sensación de seguridad psicológica. En particular el liderazgo transformacional es capaz de provocar sentimientos de pasión y de identificación con el trabajo propio (Macey y Schneider, 2008).

- Características disposicionales. Por último, Christian considera que el constructo de *trait engagement* definido en el modelo de Macey y Schneider (2008) es en verdad un antecedente de *engagement* de manera que incluye la personalidad proactiva, PA como carácter y la diligencia (*conscientiousness*).

A modo de conclusión las principales líneas de pensamiento que hemos expuesto en este apartado aportan diferentes predictores y variables del *work engagement* que enlazan con los siguientes apartados y resumimos a continuación.

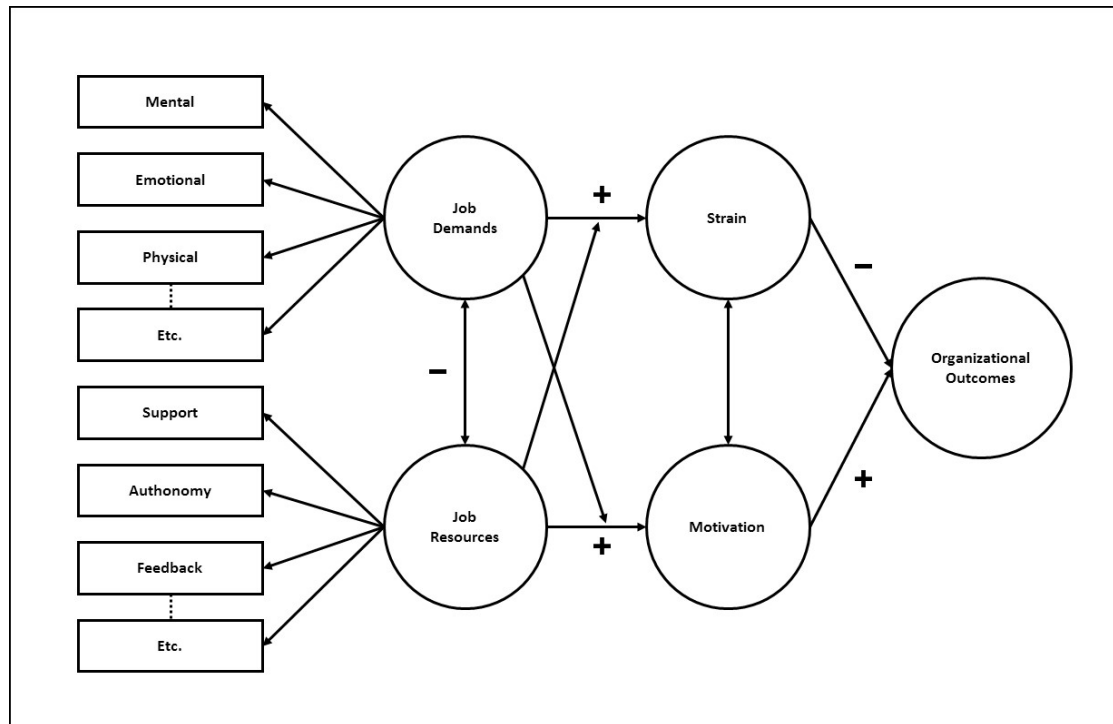
- Características del trabajo.
- Percepción de apoyo organizacional del supervisor.
- Recompensas externas y reconocimiento.
- La justicia retributiva y su procedimiento.
- El liderazgo.
- Características disposicionales.

### 3.4 Modelo basado en la teoría de *Job-demands-resources*

La fundamentación teórica que sustenta los estudios más recientes sobre el WE se basa en la teoría de Demandas y de Recursos (JD-R) de Bakker y Demerouti (2017), a partir de ahora modelo JD-R. Es una extensión del modelo de Demandas y Recursos laborales de de Bakker y Demerouti (2007) que a su vez se inspira en las teorías del diseño del trabajo de Hackman y Oldham (1976) y del estrés laboral (Karasek, 1979).

El número de estudios enmarcados dentro del modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R) de Bakker y Demerouti (2007), se ha incrementado de manera constante. El modelo que se refleja en la Figura 1 se ha utilizado para predecir el *burnout*, el compromiso organizacional, la conexión con el trabajo y el *work engagement*.

Asimismo, el modelo JD-R se ha utilizado para predecir las consecuencias de estas experiencias, tales como el absentismo por enfermedad y el rendimiento laboral.

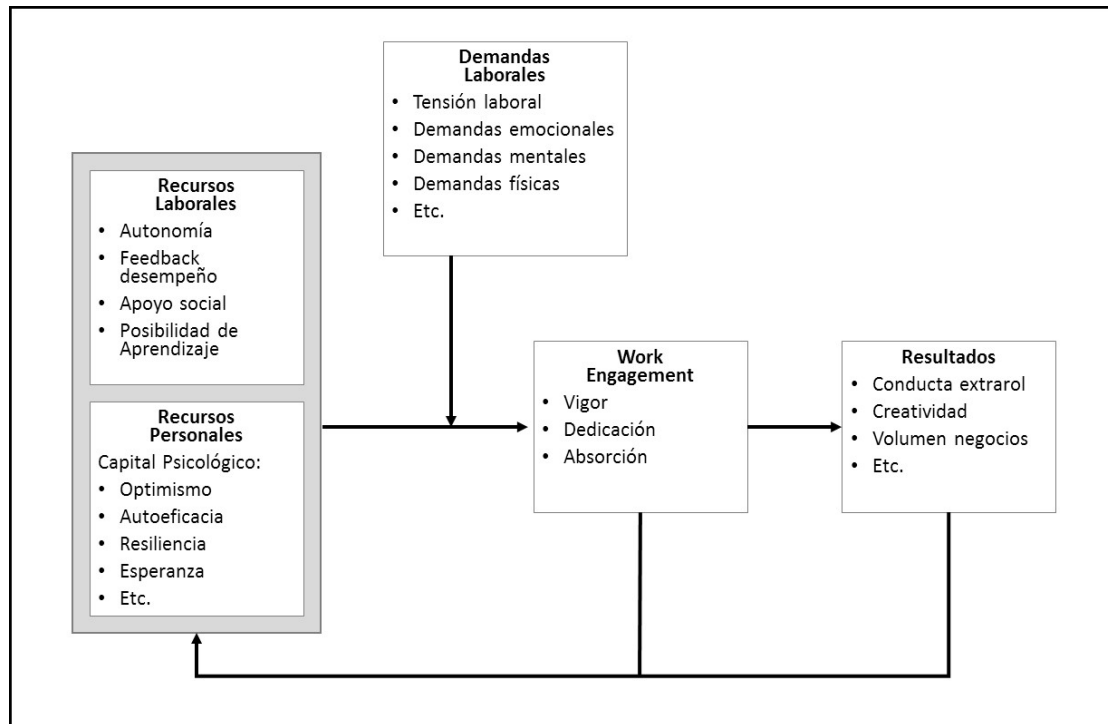


**Figura 1.** Modelo conceptual JD-R Bakker y Demeuroti (2007)

La teoría JD-R se caracteriza por su flexibilidad y adaptación a todos los entornos de trabajo y profesiones. Según esta teoría, los distintos entornos de trabajo o características laborales pueden dividirse en dos categorías diferentes: demandas y recursos laborales. Las demandas laborales hacen referencia a aquellos aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y conllevan costes fisiológicos y psíquicos (Demerouti et al., 2001). Algunos ejemplos son la presión laboral o la relación emocionalmente exigente con clientes, y concretamente en el entorno sanitario con los pacientes. Aunque las demandas laborales no sean necesariamente negativas pueden suponer un obstáculo cuando requieren un esfuerzo elevado y la persona no se encuentra suficientemente recuperada (Meijman y Mulder, 1998).

Las demandas laborales o del trabajo (JD). Se refieren a las características físicas, psicológicas, sociales o de la organización del trabajo que requieren esfuerzo físico y/o psicológico y que pueden resultar en costes fisiológicos y /o psicológicos. Como por ejemplo la sobrecarga de trabajo, la inseguridad laboral, la ambigüedad y el conflicto de rol.





**Figura 2.** Modelo conceptual adaptado JD-R Bakker y Demeuroti (2007)

Los recursos laborales o recursos del trabajo (JR) se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales o de organización del trabajo que pueden (a) reducir las exigencias del trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados, (b) ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo o (c) estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo (Figura 2) (Demerouti & Bakker, 2011). Por lo tanto, los recursos no sólo son necesarios para hacer frente a las demandas del trabajo, sino que también tienen su propio efecto. Mientras que las variaciones significativas de los niveles de ciertas demandas y recursos específicos se pueden encontrar en casi todas las profesiones (como la presión o autonomía), existen otras demandas y recursos que son más específicos. Por ejemplo, mientras que las exigencias físicas siguen siendo demandas importantes para profesiones como la enfermería, las demandas cognitivas son mucho más relevantes para los científicos, médicos, ingenieros e incluso profesionales de la gestión.

Recursos personales (PR). Son autoevaluaciones positivas que están vinculadas a la resistencia y se refieren al sentimiento de tener capacidad de controlar y generar un impacto sobre su entorno con éxito. Por lo tanto, son funcionales en la consecución de

objetivos, protegen de las amenazas y consecuencias fisiológicas y psicológicas asociadas y estimulan el crecimiento y el desarrollo personal (Xanthopoulou et al., 2009). Los PR parecen jugar un papel igualmente crucial al igual que los JR en explicar los predictores de *engagement* y se proponen tres PR específicos:

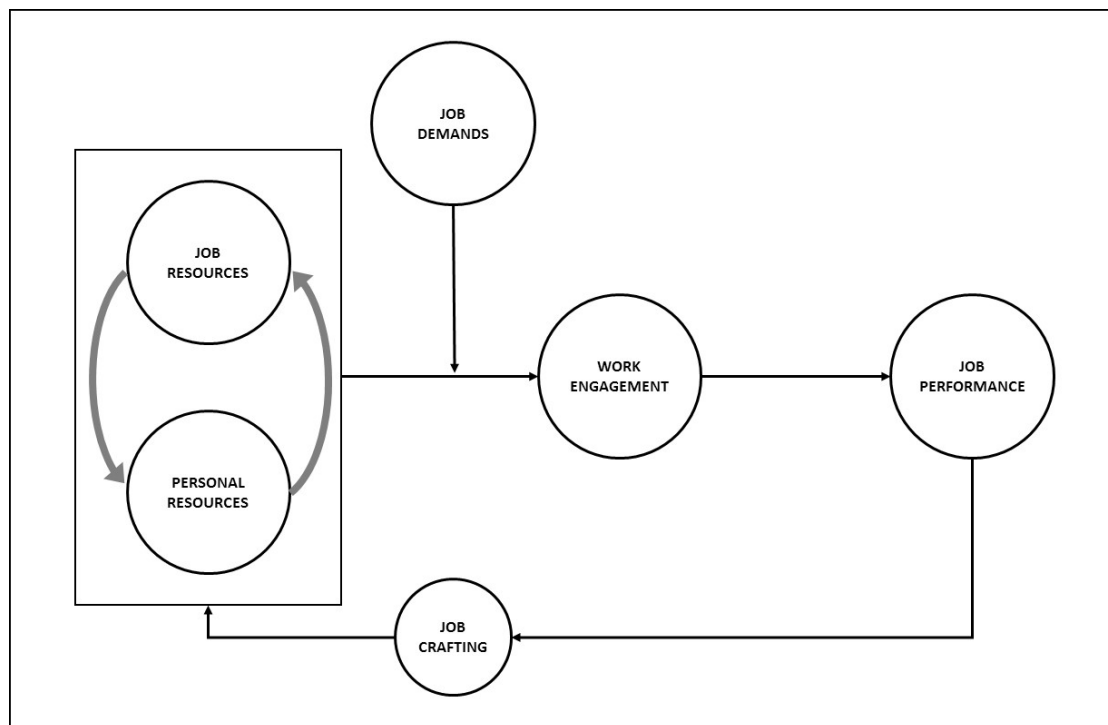
- Autoeficacia: la percepción de tener capacidad para satisfacer las demandas de una amplia gama de contextos.
- *Organizational-Based Self-Esteem* (OBSE): el grado en que los miembros de la organización creen que pueden satisfacer sus necesidades mediante la participación en los roles dentro de la organización.
- Optimismo: que es la tendencia a creer que uno generalmente experimentará buenos resultados en la vida.

Los JR y PR son recíprocos ya que los individuos, a través de experiencias de aprendizaje, generan autoevaluaciones positivas más fuertes sobre ellos mismos y, a su vez, construyen entornos de trabajo con más recursos. En otras palabras, no sólo los PR pueden ser promovidos por el entorno sino también pueden determinar cómo la gente percibe o cambia este entorno y en consecuencia cómo reaccionan (Xanthopoulou et al., 2009).

De acuerdo con esta teoría, las demandas y los recursos inician dos procesos diferentes y simultáneos, el primero se iniciaría por el mantenimiento de elevadas demandas y conduciría a problemas de salud, es el llamado “proceso de deterioro de la salud” que derivaría en el síndrome de *burnout*, y el segundo que surgiría de los recursos y conduciría a resultados positivos llamado “proceso motivacional” que encaminaría hacia el *work engagement*. Las demandas y los recursos interactúan, específicamente los recursos amortiguan los efectos desfavorables de las demandas, mientras que las demandas que suponen un reto impulsan el proceso de WE (Bakker et al., 2014).

La teoría JD-R propone que una combinación de características del trabajo y recursos personales predice el desempeño del trabajo a través del WE de los profesionales (ver Figura 3). En consecuencia, el WE es más favorable cuando los trabajadores se enfrentan a grandes retos y tienen suficientes recursos laborales y personales

disponibles para enfrentar estos desafíos (Tadić et al., 2015). La teoría JD-R propone también que los profesionales pueden buscar de manera proactiva recursos y desafíos laborales, por ejemplo, pidiendo comentarios, apoyo y oportunidades de desarrollo, y comenzando nuevos proyectos emocionantes. Desafiar las demandas laborales puede fortalecer el vínculo positivo entre los recursos laborales y el WE; los obstáculos a las demandas laborales pueden debilitar el vínculo positivo entre los recursos laborales y la participación; el WE está relacionado positivamente con el desempeño; los empleados pueden utilizar la WE.



**Figura 3.** Modelo conceptual *work engagement* Bakker (2011)

En cuanto a la forma de facilitar el WE, los autores citados anteriormente sugieren que las organizaciones deben plantearse ofrecer a los profesionales suficientes retos y recursos laborales, destacando como novedad que también los profesionales pueden movilizar sus propios recursos personales, mostrando el comportamiento proactivo mediante un concepto relativamente nuevo denominado *job crafting* o personalización del trabajo (Bakker, 2011); (Tims et al., 2013). Algunos autores señalan la creación de trabajos como los cambios físicos, relacionales y cognitivos que las personas realizan en su tarea (Berg et al., 2013). A partir de la teoría JD-R, estas investigaciones han

argumentado y demostrado que la creación de empleos puede tomar la forma de aumentar proactivamente los recursos personales, aumentar las demandas de trabajo desafiantes o reducir las demandas de trabajo de obstáculos (Tims et al., 2013).

Estos autores señalan que los empleados en diversas ocupaciones (médicos generalistas, enfermeras, maestros, funcionarios de impuestos, consultores, operadores de plantas químicas) muestran comportamientos de elaboración de trabajos y modifican sus trabajos de forma regular. Particularmente, la elaboración de trabajos en forma de retos crecientes en las demandas laborales y el aumento de los recursos laborales se relaciona positivamente con el WE y el desempeño de la tarea.

En este sentido, Lesener (2019) después de la revisión de más de 55 estudios longitudinales basados en el modelo JD-R sugiere también que los recursos laborales a nivel organizativo (que reflejan la forma de trabajar, de diseñar y gestionar el trabajo) contribuyen de forma importante en el WE y recomienda muy especialmente este tipo de intervenciones.

Finalmente mencionar, que, según Bakker y Rodríguez Muñoz (2013) los profesionales cuentan con el apoyo social de los DI y de los compañeros, es más probable que realicen las tareas adecuadamente y alcancen los objetivos propuestos. Esta afirmación se constató previamente en el estudio longitudinal realizado por Salanova y Schaufeli (2008) en el que se encontró que los recursos como apoyo de los compañeros, autonomía, oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo, y el *feedback*, predijeron el compromiso laboral al finalizar el año de estudio.

### 3.5 Perspectiva psicosocial

Consideramos inevitable incorporar en el marco teórico de nuestra tesis la perspectiva psicosocial del trabajo desde la vertiente intrínseca y extrínseca. Existe una gran necesidad práctica de evaluar los factores psicosociales en el trabajo y establecer mejoras para favorecer el bienestar de los empleados.

En la disciplina de salud ocupacional se denominan factores psicosociales, son condiciones del trabajo que son susceptibles de causar un daño en la salud de las personas en su entorno laboral y que en este caso hablamos de factores de riesgo.

Los factores de riesgo pueden generar respuestas de tipo fisiológico, emocional (ansiedad, depresión, apatía, por ejemplo), cognitivo (restricción de la habilidad para la concentración o la toma de decisiones, por ejemplo) y conductual (abuso de sustancias, violencia, por ejemplo) y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

Los riesgos psicosociales del trabajo se han definido por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (AESST- EU-OSHA) como aquellos aspectos del diseño, organización y dirección del trabajo y de su entorno social que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores.

Evidentemente las condiciones inadecuadas del entorno laboral y el *burnout* están asociados con, por ejemplo, absentismo por enfermedad, lesiones y accidentes, bajo rendimiento laboral y disminución de la productividad, mientras que lo contrario favorece la productividad en el trabajo y el *work engagement* (Schaufeli, 2017). Y en última instancia, una adecuada vigilancia de los factores psicosociales y el bienestar de los empleados se traducen en resultados positivos para las empresas. En este sentido la evaluación y control, de los factores psicosociales y el bienestar de los profesionales, de forma regular permite la anticipación de sus consecuencias, establecer medidas oportunas desde la vertiente en la prevención de riesgos laborales favoreciendo la seguridad en el trabajo y el *work engagement*. Adicionalmente, desde la vertiente extrínseca y de acuerdo con el marco legal europeo la prevención de riesgos

psicosociales en el lugar de trabajo subraya de forma muy explícita su obligatoriedad por parte de las empresas (UE 1989/391 / CEE).

Las dos disposiciones más relevantes de esta directiva: (1) los empleadores deben asegurarse de que los trabajadores reciben vigilancia de la salud que incluye riesgos psicosociales (artículo 15) y; (2) los empleadores son responsables de la prevención de problemas de salud en el trabajo, y deben tomar las medidas adecuadas para mejorar la salud del trabajo (artículo 5). Por lo tanto, las organizaciones tienen la obligación legal de monitorizar los factores asociados al riesgo psicosocial, y a mejorar la salud y el bienestar de los empleados. En este sentido vinculamos la salud ocupacional psicosocial y el *work engagement*.

Los cuestionarios más utilizados recientemente en Europa para la evaluación de los factores psicosociales en el trabajo, son, por ejemplo, el *Questionnaire of the Experience and Evaluation at Work* (QEEW), el *Copenhaguen Psychosocial Questionnaire* (COPSOC), y en nuestro contexto el FPSICO 4.0. (INSST)

### 3.6 Instrumentalización del *work engagement*

Como hemos referenciado en el artículo anterior, la evolución del concepto de WE en los diferentes constructos analizados y el modelo demandas y recursos laborales durante más de una década ha ido acompañado de la necesidad práctica y legal de evaluar los factores psicosociales en el trabajo y mejorar el bienestar de los empleados (Bakker y Demerouti, 2007).

Si bien entendemos que los instrumentos de medida del WE no tienen que ser un fin en sí mismos, sino un medio para la gestión del WE en el marco de la gestión de las organizaciones, los responsables de las organizaciones necesitan instrumentos para monitorizar los factores psicosociales en el trabajo y el bienestar de los empleados de manera regular. La psicometría desarrollada en las dos últimas décadas son un medio para desplegar acciones en dos sentidos, por un lado acciones de prevención de estos riesgos psicosociales y por otro para desplegar estrategias orientadas a los resultados de salud de los profesionales, favorecer su actitud positiva con la organización,

fomentar el WE y en definitiva orientar todos los esfuerzos a alcanzar los objetivos de las empresas.

En este sentido estamos presenciando la integración de instrumentos de medida que miden las dos ópticas antes mencionadas fruto de la evolución del conocimiento de los diferentes constructos y desde nuestro punto de vista reafirman las dimensiones del *work engagement* de nuestro estudio.

En la Tabla 1 incorporamos instrumentos desde orígenes y marcos teóricos diferentes, destacamos: El *Maslach Burnout Inventori* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), el *Organizational commitment Scale* (COQ) (Allen y Meyer, 1990) , el *Utrecht Work engagement* (UWES) (Schaufeli y Bakker, 2003) y otros cuestionarios integrales para la evaluación de los factores psicosociales en el trabajo, por ejemplo, el *Questionnaire of the Experience and Evaluation at Work* (QEEW) (Van Veldhoven et al.,2016) y el *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOC) (Kristensen et al.,2005), el *Health and Safety Executive's* (HSE) o el *Health and Safety Executive's Management Standards indicator* (HMSIT) (Kerr et al. 2009), los dos últimos instrumentos diseñados para el sector público (Ravalier et al., 2013).

Aunque los instrumentos que referenciamos no se basan de forma explícita en el modelo JD-R incluyen, desde una perspectiva de común denominador, dimensiones presentes en las clasificaciones de demandas laborales y recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2017). Dado que las demandas laborales y los recursos laborales desencadenan el deterioro de la salud y los procesos motivacionales, consideramos que su evaluación adecuada es primordial.

**Tabla 1.** *Instrumentos de medida del work engagement, constructos y dimensiones.*

INSTRUMENTOS	OBSERVACIONES/DIMENSIONES	ITEMS	CONSTRUCTOS RELACIONADOS	AUTORES
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Human Services Survey (MBI-HSS), Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS (MP)), Educators Survey (MBI-ES), General Survey (MBI-GS), Students General Survey (MBI-GS)	16- 22	Burnout ocupacional (Modelo JD-R, Areas of Work life Survey (AWS)	Maslach y Jackson, 1981, Schaufeli, Leiter y Maslach, 1996
Organizational Commitment Scale (COQ)	AOC (compromiso organizacional afectivo), COC (compromiso organizacional de continuidad), NOC (compromiso organizacional normativo).	15- 24	Compromiso organizacional Modelo JD-R	Allen & Meyer, 1990
Utrecht Work engagement (UWES)	Dimensiones: vigor, dedicación y absorción	17 versión original, 9 versión estudiantes	Work engagement (MBI-GS. Modelo JD-R)	Schaufeli et al. ,2002a; Schaufeli, 2003
Questionnaire of the Experience and Evaluation of work (QEEW); (QWEE.2.0)	Dimensiones : Vitalidad, demandas laborales, recursos laborales/organización, condiciones laborales	203 ítems / 27 constructos	Riesgo laboral/psicosocial (Work engagement, clima laboral, Modelo JD-R)	Van Veldhoven y Meijman,1994; Van Veldhoven, Meijman, Broersen y Fortuin, 1997
Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOC), (COPSOC II), (ISTAS21, PSQCAT21)	Dimensiones: Exigencias psicológicas, influencia y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo, compensaciones y doble presencia.	135 ítems / 30 constructos	Riesgo laboral/psicosocial (Work engagement, clima laboral, Modelo JD-R)	Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Borg V. ,2005
Health and Safety Executive's Management Standar's Indicator (MSIT) ( Kerr R, McHugh M, McCrory M.2009)	Dimensiones: demandas laborales, control, apoyo managers, apoyo de la organización, relaciones en el trabajo, rol y cambio.	35 ítems / 7 constructos	Riesgo laboral/psicosocial (Work engagement, clima laboral, Modelo JD-R)	Kerr R, McHugh M, McCrory M., 2009
Energy Compass(EC)	Dimensiones: demandas laborales, recursos laborales, liderazgo comprometido, recursos personales, trabajo saludable, resultados (compromiso organizativo, empleabilidad, resultados).	133 ítems / 58 constructos	Riesgo laboral/psicosocial, burnout, work engagement, clima laboral, Modelo JD-R) clima laboral, Modelo JD-R)	Schaufeli W, 2017

Fuente. Elaboración propia

Considerando la naturaleza comprensiva, amplia, flexible y comunicativa, el modelo JD-R no solo goza de gran popularidad entre los investigadores académicos, sino que también hace que el modelo sea bastante adecuado para su uso práctico en



organizaciones. La contribución más importante en nuestro estudio es su aportación integradora de diferentes dimensiones que configuran el *work engagement*.

En este sentido, actualmente la investigación de Schaufeli (2017), aporta la herramienta de evaluación Energy Compass© con fines comerciales que orienta el desarrollo organizacional a partir del modelo JD-R con el objetivo de aumentar el *work engagement* y prevenir el agotamiento.

### 3.7 Consecuencias del concepto *work engagement*

Los entornos de trabajo modernos exigen un alto nivel de flexibilidad de los profesionales, innovación rápida e implantación eficiente de nuevos productos, ideas y formas de trabajo (Rauch y Frese, 2000). Así también lo señalan determinadas investigaciones cuando plantean la necesidad de las organizaciones actuales de contar con empleados proactivos, activos con su trabajo y con altos estándares de calidad (Bakker y Leiter, 2010).

Una forma habitual de describir las consecuencias del *work engagement* es discernir los resultados motivacionales y los relacionados con el trabajo (Bakker et al., 2014).

Exponemos a continuación algunas aportaciones de la literatura desde la óptica de los resultados motivacionales:

- Salanova y Schaufeli (2009) revelan que los resultados motivacionales incluyen ser proactivo y tomar la iniciativa establecer un listón alto, sentirse competente y esforzarse por lograr la calidad (Bakker et al., 2011), y mostrar un comportamiento servicial, cordial y cooperativo (Babcock-Roberson y Strickland, 2010).
- Las personas con *work engagement* experimentan emociones positivas y procesan mejor la información (Hakanen y Schaufeli, 2014).
- Los profesionales con elevados niveles de WE muestran actitudes positivas hacia el trabajo y estos efectos positivos inciden favorablemente en su salud

(Freeney, 2013). Además, están sanos y tienen bajas tasas de absentismo (Schaufeli et al., 2009).

- Es de particular interés que estos resultados motivacionales también están relacionados con la influencia del *work engagement* a los compañeros de trabajo. Los individuos dentro de los equipos con niveles altos de *work engagement*, experimentan estos niveles, incluso cuando se corrigen las diferencias individuales en las demandas y los recursos percibidos (Bakker y Demerouti, 2007). Los trabajadores con WE son más proclives a ayudar a sus compañeros de trabajo. A nivel de equipo, se ha identificado que el WE en equipo se asocia positivamente con el desempeño del conjunto del equipo (Costa et al., 2015).
- El *work engagement* presente percibido también afecta positivamente el WE futuro dentro de las personas. Los empleados con WE dan forma activa a su trabajo con *work engagement* para generar más recursos, que, a su vez, afectan el WE futuro (Hakanen, y Schaufeli, 2014).
- Cuando las personas se involucran en su trabajo, fruto de su *work engagement*, buscan recursos sociales o estructurales o realizan cambios en sus demandas percibidas indagando desafíos o evitando obstáculos (Tims et al., 2013).

Los resultados de WE relacionados con el trabajo son más diversos, a continuación mencionamos algunas aportaciones:

- El *work engagement*, se asocia con altos niveles de creatividad, desempeño de tareas, comportamiento de ciudadanía organizacional y satisfacción del cliente (Bakker et al., 2014).
- Debido a su fuerte dedicación y enfoque en sus actividades laborales, los trabajadores muestran un mejor desempeño de tareas en el rol (Christian, 2011) y mejores resultados financieros (Xanthopoulou et al., 2009).

- Debido a su apertura a nuevas experiencias, los trabajadores con *work engagement* tienen ideas más creativas y tienen más probabilidades de innovar y ser emprendedores (Gawke et al., 2017); (Orth y Volmer, 2017).

Las últimas aportaciones de los expertos recogen tendencias interesantes en cinco aspectos del WE trasladables al entorno sanitario (Bakker y Albrecht, 2018).

- En primer lugar, hacen referencia a las nuevas incorporaciones y nuevas generaciones. El WE de los jóvenes, enfermeras y médicos recién incorporados, puede fluctuar durante el primer año y es destacable el impacto favorable de la socialización organizativa, así como el rol de su referente profesional (guía, apoyo, reconocimiento y retroalimentación).
- En segundo lugar, destaca la importancia de contar con el recurso del capital psicológico propio de los profesionales. El Capital psicológico (*PsyCap*) representa el conjunto de recursos personales básicos con que cuenta cada empleado para afrontar las demandas laborales. El *PsyCap* es un factor muy importante como recurso personal y actúa como determinante del WE (Luthans et al., 2007).
- En tercer lugar, explican cómo el liderazgo transformador de los ejecutivos tiene mucho que ver con el WE de los profesionales y en favorecer su competencia.
- En cuarto lugar, muestran cómo los recursos a nivel organizativo y el clima de compromiso organizativo se relaciona con los recursos laborales y el WE.
- Por último, ponen de relieve que el agotamiento profesional (o *burnout*) está relacionado de forma negativa con el WE, pero el trabajo en equipo, con dinámicas de participación constructiva y relación, pueden reactivar entornos positivos de WE.

En la descripción del *work engagement* la literatura nos aporta también el enfoque interpersonal y el enfoque fluctuación del WE.

- El enfoque interpersonal del WE, que muestra que existen diferencias en el WE entre los individuos en función de las condiciones de trabajo, las características personales y las estrategias de comportamiento (Breevaart et al., 2017).
- También de estudios recientes subyace que el WE también puede fluctuar dentro de las personas, a lo largo del tiempo y de las situaciones. Por ejemplo, los trabajadores están más involucrados durante episodios laborales desafiantes de dos horas durante los días hábiles precedidos por las noches cuando los trabajadores se recuperaron bien. (Bakker et al., 2008); (Reina-Tamayo et al., 2017).

Ante el panorama cambiante contextualizado en capítulos anteriores, las organizaciones actuales ya no solo requieren empleados responsables con su trabajo e implicados con la tarea, sino que necesitan empleados que vayan “más allá” de los requerimientos y las expectativas derivadas de su puesto de trabajo. Este fenómeno se acuña en inglés como: *going the extra mile* (Meyer et al., 2004).

En definitiva, los estudios revisados concluyen que establecer acciones para generar WE en una organización es algo muy positivo y promueve actitudes favorables en el entorno profesional (Ancarani et al., 2018). Para ello, la gestión del *work engagement* de los profesionales está considerada una palanca de cambio fundamental también para los directivos del sector sanitario (Epstein Julia, 2018).

### 3.8 Nuevas oportunidades para el *work engagement*

Aunque se ha acumulado una gran cantidad de conocimiento en las últimas dos o tres décadas sobre la naturaleza, las causas y las consecuencias del *work engagement*, el mundo cambiante del trabajo continúa sugiriendo una serie de interesantes oportunidades de investigación. Inevitablemente, futuras investigaciones deberán centrarse en determinar cómo el advenimiento del *big data*, el análisis predictivo y la inteligencia artificial influirán en la teoría y la práctica del trabajo (Ployhart y Turner, 2014). Algunos autores propusieron cómo el análisis de *big data* de la actividad de los medios sociales de los empleados podría usarse para proporcionar una indicación de los niveles de WE (King et al., 2015).

En términos más generales, surgirán preguntas sobre qué tan fácilmente se aplican las teorías actuales, como la teoría JD-R, en los contextos de trabajo de *big data*, inteligencia artificial, gamificado, ágil y virtual. Tales contextos parecen haber captado la atención de ejecutivos y profesionales que desean comprender mejor y predecir las experiencias de los empleados en el nuevo mundo del trabajo.

Simultáneamente con la investigación futura del "panorama general" sobre el *work engagement* se necesita una investigación continua para refinar y desarrollar el conocimiento actual. La investigación futura, por ejemplo, podría ser útil para comprender sistemáticamente qué influye en la participación en grupos demográficos específicos (por ejemplo, personas con diversidad funcional; *millennials*; trabajadores de más edad), en sectores industriales específicos (privado, público, sin fines de lucro) y en diferentes ocupaciones. La identificación de las demandas laborales más destacadas y los recursos específicos para sectores demográficos, ocupaciones y sectores industriales particulares permitirán enmarcar las intervenciones más ecológicamente válidas que, por lo tanto, tienen más posibilidades de ser efectivas. El contexto sanitario de la epidemia COVID-19 aportará también nuevas consideraciones en relación al WE. Las últimas tendencias de las áreas de gestión de recursos humanos han incorporado el concepto emergente de experiencia del profesional, concepto que

integra los dos conjuntos de recursos, laborales y personales considerando la trayectoria laboral de un profesional. Este enfoque se ha aplicado recientemente a un estudio transversal de la experiencia laboral de 900 profesionales de enfermería de Canadá (Gagné et al., 2019).

## 4 El *work engagement* y los directivos intermedios

A modo de conclusión, identificamos aquellas constataciones del perímetro, determinantes y consecuencias, contexto organizativo, y rol de los directivos surgidas del marco teórico y aportaciones de la literatura analizados que nos servirán de palanca en el estudio del *work engagement* de los DI.

### 4.1 Constataciones

Constataciones con relación al constructo *work engagement*:

- Existen diferentes líneas de pensamiento asociadas al WE y limitaciones conceptuales de este concepto debido a la polisemia de la palabra *engagement* en inglés y la diversa red nomológica del concepto (Macey y Schneider, 2008).
- Existen diversos marcos teóricos que explican el WE, y cada uno de ellos pone el acento en un aspecto diferente y diferentes campos de interés. Debemos constatar la utilidad comercial del constructo y de los instrumentos desarrollados a lo largo de 30 años (Salanova y Schaufeli, 2009).
- Destacamos también que la falta de precisión en la definición del concepto no implica que este carezca de utilidad conceptual o práctica, como ya indican otros autores (Macey y Schneider, 2008).
- En las primeras descripciones del *work engagement* se centró en el compromiso personal y el grado de inversión del yo en el trabajo (Kahn, 1990).
- Analizando el recorrido de los campos de investigación del WE, iniciados por Kahn (1990) parecen existir dos procesos, un proceso negativo de deterioro de la salud, en donde las demandas laborales dan lugar a problemas de salud a través del *burnout* y un proceso positivo de motivación en donde la disponibilidad de recursos laborales conduce a resultados positivos para la organización, como es el compromiso organizacional a través del WE de los profesionales (Meyer y Allen, 1997). Y estos dos procesos están interconectados.

- El modelo de Macey y Schneider (2008) nos aporta el vínculo de la noción del compromiso organizacional y la noción de *work engagement*. Al efecto este modelo, conceptualiza ambos constructos como el apego positivo hacia la empresa y se mide como la voluntad de usar energía en apoyo a esta, sentirse orgulloso como miembro de la organización e identificarse personalmente en ella. Esta perspectiva del *work engagement* está conectada muy específicamente con la dimensión afectiva del compromiso organizacional de Allen y Meyer, 1990.
- Las investigaciones de Salanova y Schaufeli (2009) revelan que, en esencia, el *work engagement* se define recurriendo a otros dos conceptos psicológicos, de forma destacada el compromiso organizacional, más concretamente compromiso afectivo y el compromiso de continuidad. Por tanto, los profesionales con *work engagement* tienen un fuerte sentimiento de pertenencia a la organización.
- Es destacable que todas las descripciones del *work engagement* se centran en la organización más que en el trabajador de forma individual.

Constataciones con relación a los determinantes y consecuencias del constructo *work engagement*:

- Uno de los precursores de consolidación de los predictores y consecuencias del *work engagement* Saks (2006) distingue entre los antecedentes, el *work engagement* (donde distingue *job engagement* y *organization engagement*) y las consecuencias. Christian (2011) evoluciona el modelo incorporando el liderazgo y las características disposicionales del profesional.
- En este sentido, el modelo basado en la teoría de *job demands-resources* de Bakker y Demerouti (2013), representa un avance de conocimiento sustancial, nos da gran flexibilidad al poderse aplicar a cualquier entorno de trabajo, a partir de dos categorías iniciales, las demandas laborales (JD).
- También se ilustra el carácter heurístico del modelo JD-R, cuya aplicación puede adaptarse a una organización específica (Salanova y Schaufeli, 2009).



- En un paso más, se hace hincapié en la importancia de incorporar en el modelo de JD-R los recursos personales y a su vez, se pone de manifiesto la naturaleza social del WE, que se contagia y se integra y comparte entre los miembros del grupo dando lugar al WE colectivo (Xanthopoulou et al., 2007).
- La investigación empírica pone de manifiesto que el WE forma parte de un proceso de motivación positiva en donde los recursos laborales, junto con las demandas influyen en el WE y éste a su vez en los comportamientos organizacionales positivos.
- En los instrumentos también evidenciamos el énfasis en parametrizar los factores predictivos del *work engagement* con el fin de orientar a los líderes de las organizaciones en la gestión del *work engagement* desde la prevención al establecimiento de acciones.

Constataciones con relación al contexto organizativo, el rol de los directivos y el *work engagement*:

- Las investigaciones sobre el WE sostienen que la organización juega un papel fundamental en la promoción del WE, ofreciendo trabajos desafiantes y provistos de recursos.
- Al mismo tiempo aportan la idea de que los directivos intermedios pueden llegar a ser piezas clave en el impulso del WE de los colaboradores, ya que tienen el poder legítimo para influir en las condiciones laborales.
- La evidencia aportada por diferentes autores indica que los equipos directivos de las empresas influyen sobre las demandas y recursos laborales de sus empleados y puede influir de modo indirecto en el WE de éstos (Tims et al., 2011);(Nielsen et al., 2008).

## 4.2 El modelo demandas y recursos laborales en el contexto sanitario

Un supuesto importante del modelo JD-R es que, aunque las características laborales específicas de varias ocupaciones pueden diferir, siempre pueden modelarse en las dos categorías generales mencionadas anteriormente, las demandas laborales y los

recursos laborales. Se ha encontrado que el modelo JD-R es válido en todos los países y ocupaciones, incluida la invariancia para la edad y el género (Llorens et al, 2007) . Sin embargo, estos estudios también han demostrado que la fuerza del efecto de las demandas y los recursos puede diferir entre las ocupaciones y que pueden existir demandas y recursos adicionales. En este apartado, profundizaremos en los hallazgos sobre demandas y recursos de las profesiones de la salud.

El modelo conceptual de WE elaborado por Bakker y Demerouti (2007) se ha aplicado en el contexto sanitario y muy especialmente en el ámbito de los profesionales enfermería.

En una revisión de 17 artículos de investigación, los autores identificaron 44 factores que influyen en la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería y los dividió en tres grupos (Hayes et al, 2010). Un primer grupo incorpora los factores intrapersonales (relacionados con la enfermera): edad, antecedentes y estrategias de afrontamiento. Un segundo grupo incorpora los factores interpersonales (entre la enfermera y compañeros y/ o pacientes): en particular, la autonomía, la interacción en el trabajo en equipo y las actividades de atención al paciente se descubrió que favorecían el WE de las enfermeras. Finalmente recogen en un tercer grupo los factores extra personales (externos a las enfermeras): programación de la actividad, profesionales disponibles, soporte a la formación por parte de los DI y oportunidades de promoción.

Posteriormente, otras investigaciones de parten de la revisión sistemática de 15 estudios de WE en enfermería. Incluyeron e identificaron un total de 77 factores de influencia que agruparon en seis categorías: clima organizativo (liderazgo, empoderamiento estructural), recursos laborales (relaciones interpersonales y relaciones sociales, organización, organización del trabajo y tareas), recursos profesionales (ambiente de práctica profesional, autonomía, rol e identidad, práctica profesional y desarrollo), recursos personales (psicológicos, relacionales, habilidades), demandas laborales (presión laboral, demandas físicas y mentales, demandas emocionales, ambiente adverso) y factores demográficos (Keyko et al., 2016).

El WE de los médicos también ha suscitado algunos estudios. El Servicio Nacional de Salud (NHS) en el Reino Unido define el *work engagement* de los médicos como "el grado en que un profesional médico está satisfecho en su trabajo, motivado para desempeñarse bien, capaz de sugerir e implementar ideas para mejorar, y su voluntad de actuar como un defensor de su organización por recomendarle como un lugar para trabajar o ser atendido "(West, 2012). Pocos estudios han intentado documentar e interpretar la variedad de enfoques que las organizaciones de atención sanitaria han adoptado para identificar y abordar este problema. No obstante, el análisis de 175 artículos de contribuye al conocimiento del *work engagement* de los médicos (Perrier et al., 2019). En un estudio en el entorno de la Clínica Mayo, los hallazgos de los investigadores proponen una serie de factores que pueden contribuir en el WE de los médicos y los agrupan en 7 dimensiones: carga de trabajo, eficiencia, flexibilidad / control sobre el trabajo, integración vida laboral, alineación de valores individuales y organizativos, apoyo social / comunidad en el trabajo, y el grado de significado derivado del trabajo (Shanafelt y Noseworthy, 2017). A su vez plantea que cada una de estas dimensiones está influenciada por factores individuales, de unidad de trabajo, organizativas y de ámbito geográfico nacional.

A partir de las referencias mencionadas en el estudio realizado en el entorno canadiense se establece un modelo conceptual del WE orientado a la experiencia laboral de las enfermeras que abarca cuatro dimensiones (Gagné et al., 2019). La primera dimensión se refiere a los recursos disponibles para las enfermeras en su trabajo. Estos pueden ser de naturaleza estructural o vinculados a procesos de trabajo. Extendiendo estos recursos, la segunda dimensión se refiere a los recursos personales. El tercero consiste en las demandas de las enfermeras. El equilibrio entre el acceso a los recursos y las demandas influye en la cuarta dimensión, que se refiere a los resultados asociados con el trabajo. En una reciente investigación integradora de revisiones sobre los factores impulsores del *work engagement* también se incorpora el modelo JD-R a partir de las principales demandas de trabajo y recursos del personal de enfermería en la línea de la teoría JD-R (Broetje et al., 2020).

A tal efecto consideramos que el modelo JD-R es un modelo bastante sencillo y validado empíricamente, que especifica las relaciones entre las características laborales (y personales), el liderazgo, el bienestar de los empleados y los resultados. Básicamente, establece que disminuir las demandas laborales, aumentar los recursos laborales (y personales) y estimular el liderazgo "comprometido" previene el agotamiento y aumenta el *work engagement*. Y como resultado de esto, se logran resultados menos negativos y más positivos tanto para los empleados como para las organizaciones. Dado que las demandas laborales y los recursos laborales desencadenan el deterioro de la salud y los procesos motivacionales, su evaluación adecuada es primordial, respectivamente.

### 4.3 Factores impulsores

Fruto de las investigaciones citadas en el capítulo anterior, relativas a la aplicación y adaptación del modelo JD-R al entorno sanitario, hemos identificado aquellos factores del modelo que mejor explican el *work engagement* de los profesionales.

La literatura científica también nos ha aportado, mediante la integración de factores obtenidos en los diferentes estudios de revisión publicados anteriormente en la línea de la teoría JD-R (Tabla 2) los factores clave que más inciden en el *work engagement* de los directivos intermedios en el sector sanitario que concretamos en tres demandas laborales y seis recursos laborales.

**Tabla 2.** Factores impulsores del *work engagement*.

DEMANDAS LABORALES	Referencias
1 <b>Carga de Trabajo:</b> presión laboral, tiempo suficiente, tiempo personal	(Hayes et al., 2010) ; (Shanafelt y Noseworthy, 2017); (Daouk-Öyry et al., 2014); (McVicar, 2016); (Labrage et al.,2018);(Kath et al.,2013); (Hewko et al.,2015);(Kaiser et al.2020)
2 <b>Remuneración:</b> salario justo, beneficios sociales, igualdad, oportunidades de crecimiento profesional, seguridad en el trabajo y balance esfuerzo-resultado.	(Hayes et al., 2010) ; (Daouk-Öyry et al., 2014) ; (McVicar, 2016) ; (Vagharseyyedin, 2016) ; (Shanafelt y Noseworthy, 2017); (Kaiser et al.,2020)
3 <b>Conciliación:</b> vida personal-vida profesional	(Daouk-Öyry et al., 2014) ;(McVicar, 2016); (Shanafelt y Noseworthy, 2017);(Kaiser et al.2020)

RECURSOS LABORALES	Referencias
1 <b>Soporte del manager superior:</b> apoyo de la gestión, soporte organizativo.	(Hayes et al., 2010);(McVicar, 2016);(García-Sierra, 2015)
2 <b>Gestión justa y coherente:</b> liderazgo auténtico. Confianza organizativa, equidad, respeto.	(García-Sierra, 2015); (Keyko et al., 2016);(Brady et al., 2010); (Vagharseyyedin, 2016); (Shanafelt y Noseworthy, 2017);(Kaiser et al.,2020)
3 <b>Liderazgo transformacional:</b> visión, prácticas y políticas.	(Hayes et al., 2010); (García-Sierra, 2015); (Breevaart y Bakker, 2017)
4 <b>Relaciones interpersonales:</b> (de respeto mutuo, de apoyo y aprecio con otros profesionales y otros grupos de interés). Clima social y clima laboral.	(Hayes et al., 2010); (Daouk-Öyry et al., 2014); (Shanafelt y Noseworthy, 2017); (Keyko et al., 2016); (McVicar, 2016); (Vagharseyyedin, 2016); (Perreira et al., 2018); (García-Sierra, 2015)
5 <b>Autonomía:</b> control del trabajo, capacidad de decisión, corresponsabilidad, participación.	(Brady Germain et al., 2010); (Hayes et al., 2010); (Keyko et al., 2016); (Daouk-Öyry et al., 2014) ; (McVicar, 2016); (Perreira et al., 2018); (Weston, 2018); (Olson et al.,2019); (Rinne et al.,2017).
6 <b>Recursos profesionales:</b> Entorno práctica profesional, laboral, posibilidad de atención de calidad asistencial. Acceso a los recursos. Estructura/ organización y tareas laborales. Comunicación interna.	(Keyko et al., 2016) (Brady Germain et al., 2010) ; (Hayes et al., 2010); (Keyko et al., 2016); (Daouk-Öyry et al., 2014) ; (McVicar, 2016) (Perreira et al., 2018) (Lesener, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen y prestigio institucional</li> <li>• Valores y cultura organizativa</li> <li>• Responsabilidad corporativa</li> </ul>	(Shanafelt y Noseworthy, 2017); (Perreira et al., 2018); (Tsourvakas y Yfantidou, 2018)

Fuente. Elaboración propia. Adaptación (Broetje et al., 2020) ;(Brady et al., 2010)

Considerando las aportaciones de los estudios referenciados en la Tabla 2, las tres demandas laborales más relevantes y que describimos a continuación son: factor carga de trabajo (tiempo, equipo suficiente...), factor remuneración y factor conciliación vida personal y vida profesional.

D1.Carga de Trabajo, Tiempo y equipo suficiente (presión o sobrecarga de trabajo): Estos tres factores son muy relevantes en los entornos sanitarios, afectan muy sensiblemente a los profesionales directamente relacionados con la actividad asistencial y a los DI que en alguna ocasión deben dar respuesta a su equipo buscando respuesta o ayudándoles directamente ejecutando sus funciones.

D2.Remuneración: La remuneración es todo tipo de retribución y/o contrapartida que se ofrece al profesional como compensación por su trabajo. Este factor se plantea por los diferentes autores desde una perspectiva global, si se aprecian oportunidades de mejora a medio plazo, no tanto en el pago de una cantidad económica concreta, sino de la relación con el esfuerzo y las responsabilidades.

D3.Horario y conciliación: La conciliación entre la vida personal y la vida profesional es muy relevante en las organizaciones sanitarias. La actividad sanitaria se desarrolla de forma continuada 24 horas y 7 días a la semana. Las organizaciones sanitarias solo cierran en periodo de vacaciones una parte de la actividad. Los DI también están implicados y desde la perspectiva de género este aspecto adquiere relevancia. Conciliar horarios y vacaciones es una demanda laboral muy específica del sector sanitario.

También a partir de las referencias estudiadas, los recursos laborales que hemos considerado más relevantes son:

R1.Situación/ apoyo de los superiores: El sentirse apoyado o no por el directivo superior, tener *feed-back* y la gestión para el desarrollo de mis funciones.

R2.Gestión justa y auténtica: En términos de valoración, equidad, integridad y confianza.

R3.Liderazgo transformacional: En los aspectos de liderar a los equipos a través del cambio, visión, objetivos, compartir éxitos y asumir errores. Los DI necesitan esta identificación para tener capacidad de reproducir este liderazgo a su equipo inmediato. Este factor está muy valorado en entornos con profesionales formados y con alto grado de especialización.

R4.Relaciones interpersonales: Nos referimos a las relaciones de respeto mutuo, apoyo entre colaboradores o apoyo social y reconocimiento. Clima laboral. En este factor las relaciones de los DI con los directivos de cada área, no necesariamente en línea vertical.

R5.Autonomía: La mayoría de estudios consideran este recurso laboral crucial en la práctica profesional en el entorno sanitario y nos parece también muy relevante en el ámbito de los DI. La corresponsabilidad es un factor enunciado en los estudios de WE en el ámbito de los médicos.

R6. Recursos profesionales: Los recursos inmediatos que ayudan a los profesionales a realizar su trabajo, los DI tienen una función muy importante, si ellos tienen disponibilidad de recursos también los pueden facilitar al equipo. En este factor se integran los aspectos de entorno adecuado para el desarrollo de la práctica profesional y la posibilidad de atención con la perspectiva de la calidad asistencial. En alguna referencia se incluye también en este factor el concepto de empoderamiento estructural.

Finalmente, también resultado de aportaciones científicas añadimos un factor adicional que incorpora los aspectos de imagen y prestigio institucional (valores y cultura organizativa y responsabilidad corporativa).

#### 4.4 Síntesis

No obstante ¿Qué sabemos del *work engagement* de los directivos intermedios del sector sanitario?

En primer lugar en la revisión de la literatura de esta investigación, se hace referencia en los diferentes apartados, y más concretamente en el apartado 2.5, aspectos atribuibles al *work engagement* de los directivos intermedios, como profesionales y como dinamizadores a la vez del *work engagement*. Después de forma más transversal hemos analizado desde modelos de abordaje del *work engagement*, factores predictores y consecuencias con menciones recientes a las bondades del concepto *work engagement* con aplicación a las organizaciones y al entorno sanitario.

En los últimos años determinadas organizaciones sanitarias innovadoras han desarrollado programas para impulsar prácticas organizativas orientadas a construir nuevos entornos laborales. Según las aportaciones de Ancarani et al. (2018) la finalidad de estas iniciativas es impulsar organizaciones amables, fomentar el *work engagement* y alcanzar una experiencia positiva del profesional (Bersin et al., 2015). Algunas iniciativas consolidadas sitúan el *work engagement* de los profesionales como prioridad estratégica y hacen referencia muy especialmente al rol de los directivos como factor determinante del *work engagement* de los equipos del (NHS) el año 2018 (Lowe, 2012).

Sin embargo, estas iniciativas no profundizan en el *work engagement* de los directivos intermedios y van dirigidas en general al colectivo de profesionales asistenciales (Sorensen et al., 2019), enfermeras y médicos fundamentalmente (Mcmurchy y Consulting, 2019).

Aunque se han desarrollado en los últimos 10 años experiencias en otros sectores impulsadas por parte de empresas consultoras, las estrategias orientadas a favorecer el compromiso de los DI en el entorno sanitario son escasas y muy aisladas, y es un espacio de trabajo de gran interés. La contribución de los DI en el *work engagement* de los profesionales se ha mencionado en diferentes aspectos de las características del compromiso y sus determinantes.

Si bien, específicamente en sanidad, existen pocos estudios centrados en el compromiso de los DI. En este sentido, reiteramos la consideración de que el *work engagement* de los directivos intermedios en el complejo contexto sanitario actual es un campo que necesita más conocimiento y es de crucial importancia para seguir avanzando en la gestión de las organizaciones.

Nuestro objetivo es centrarnos principalmente en el *work engagement* de los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias y los correspondientes factores predictores. A partir de las contribuciones teóricas y consideraciones identificadas por el investigador, en nuestro estudio hemos utilizado dos palancas teóricas, por un lado, nos ceñiremos a la perspectiva teórica e integradora del constructo *work engagement* aportada por los autores Salanova y Schaufeli (2009), y por otro lado el modelo JD-R para el análisis de los factores predictores del *work engagement* (Bakker y Demerouti, 2007); (Bakker, 2011).

Salanova y Schaufeli (2009) definen el *work engagement* como la vinculación psicológica del profesional con el trabajo para poder explicar el funcionamiento óptimo de los directivos intermedios en las organizaciones. A tal efecto, consideran este constructo como el estado psicológico positivo del empleado caracterizado por altos niveles de energía y vigor, dedicación en el trabajo, así como total absorción y concentración de la actividad laboral.



Por esta razón nuestra palanca teórica es la visión de Salanova y Schaufeli (2009) donde en esencia, definen el *work engagement* recurriendo al concepto psicológico compromiso organizacional, concretamente el compromiso afectivo, considerando en primer lugar que los profesionales con *work engagement* tienen un fuerte sentimiento de pertenencia a la organización y en segundo lugar centrando la diana en la organización más que en el trabajador de forma individual. Explícitamente se ha excluido el termino satisfacción laboral ya que se considera un estado pasivo en el trabajo, mientras que el *work engagement* es un estado activo hacia el trabajo (Bakker, 2011).

Para el análisis de los factores predictores del *work engagement* hemos aplicado el modelo JD-R considerando su practicidad, la naturaleza comprensiva, amplia, flexible y comunicativa, y su demostrada aplicación en el entorno sanitario, no hemos contemplado los recursos personales y nos hemos ajustado exclusivamente a las demandas laborales y recursos laborales (Bakker, 2011).

Finalmente, al respecto a los instrumentos de medida revisados en el apartado 3.6. de nuestra investigación adoptaremos tres referencias: El modelo JD-R de Bakker y Demerouti (2007) (sin incluir los recursos personales), el cuestionario Energy Compass© (EC) de Schaufeli (2017) y el cuestionario de compromiso organizacional (COQ) de Meyer y Allen (1997) (contemplando los criterios del compromiso afectivo).

## SEGUNDA PARTE

## 1 Estudio de campo

En la primera parte del estudio ver (capítulo 2) hemos expuesto el contexto de las organizaciones sanitarias y las características del entorno que enmarcan el rol, perímetro y posición de los directivos intermedios, aspectos que nos han permitido ubicar adecuadamente nuestra tesis. En el marco teórico desarrollado en la segunda parte ver (capítulo 3) hemos identificado los componentes del *work engagement* y cómo acercarlo a nuestro contexto desde la perspectiva de la identificación de los factores predictivos del constructo en el colectivo de los directivos intermedios.

Una vez llegados a este punto de nuestro estudio, justificamos el diseño y realización de un trabajo de campo que nos permita confirmar o desestimar nuestras hipótesis iniciales mediante la verificación empírica de su validez.

En el estudio de campo nuestro principal reto era obtener una base de datos amplia que nos permitiera contribuir realmente al conocimiento del *work engagement* de los directivos intermedios. Con este interés se accedió a la base de datos del Estudio Opina © que tiene por principal objetivo el desarrollo de iniciativas que fomenten el *work engagement* de las entidades pertenecientes al Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC). Dicho estudio está auspiciado por el CSC y en colaboración con la consultora e-Motiva, ambas entidades han desarrollado instrumentos de medida del *work engagement* desde hace más de 10 años. Esta información nos ha permitido tener una visión representativa del sector sanitario de Cataluña.

## 2 Objetivos

Partiendo del marco teórico, de la revisión bibliográfica, así como de la experiencia en gestión de este investigador, presentamos los objetivos del presente trabajo empírico de investigación:

### Objetivo principal (OP)

Nuestro objetivo principal es conocer y analizar la relación entre el contexto organizativo y el *work engagement* de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias.

### Objetivos específicos (OE)

- (1) Identificar los factores organizativos predictivos del *work engagement* de los directivos intermedios, desde las percepciones de los DI participantes en el estudio, a partir de las dimensiones del modelo JD-R.
- (2) Analizar los factores organizativos con mayor valor predictivo del *work engagement* de los directivos intermedios.
- (3) Destacar los factores organizativos gestionables prioritarios, como factores clave para utilizar de palanca en futuras iniciativas de gestión específicas.

En definitiva, nuestro propósito es aportar elementos para permitir a los líderes y responsables del sistema de salud actuar en iniciativas específicas alrededor de estos factores y así lograr un colectivo de directivos intermedios con valores altos de *work engagement*. Reforzar el *work engagement* de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias puede contribuir en última instancia a mejorar la salud de la población atendida, a los resultados de las organizaciones sanitarias y a la salud y bienestar de los profesionales.

### 3 Hipótesis

Las hipótesis del estudio que nos planteamos vienen derivadas de la pregunta de investigación que nos habíamos formulado al empezar este estudio. Conocer la relación entre el contexto organizativo y el *work engagement* de los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias, y concretamente en el entorno sanitario de Cataluña.

#### Hipótesis principal (HP)

Conocer los factores organizativos predictores el *work engagement* de los directivos intermedios permitirá identificar potenciales iniciativas de gestión dirigidas específicamente a este colectivo.

#### Hipótesis específicas (HE)

- (1) La coherencia como recurso laboral en la gestión de las organizaciones sanitarias, tiene un peso explicativo en el *work engagement* de los directivos intermedios.
- (2) La confianza en la gestión de las organizaciones sanitarias, es un recurso laboral relevante para fomentar el *work engagement* de los directivos intermedios.
- (3) Fomentar el profesionalismo y la autonomía es un factor valorado positivamente por los directivos intermedios con impacto positivo en su *work engagement*.
- (4) Las variables, presión y el personal suficiente (presión y carga de trabajo), son relevantes para los directivos intermedios, no obstante no tienen peso explicativo de su *work engagement*.

## 4 Método

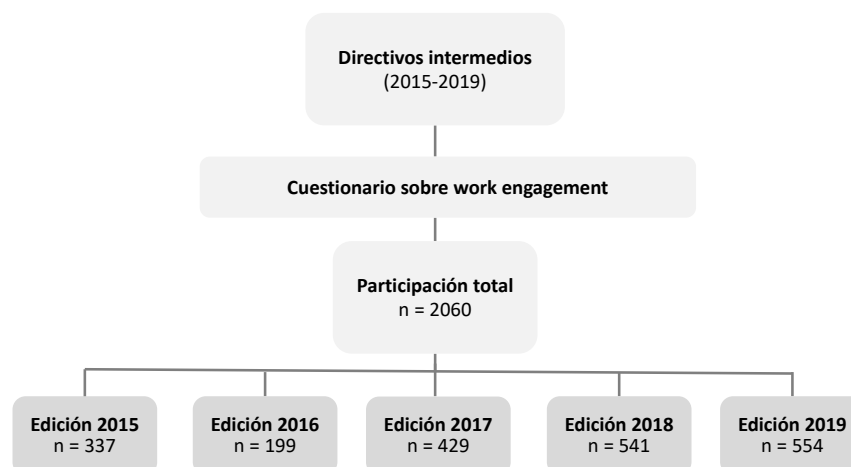
### 4.1 Diseño

El presente estudio tiene un diseño multicéntrico observacional descriptivo, basado en un cuestionario en un período de 5 años.

Los participantes del estudio son profesionales directivos intermedios de 23 organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro pertenecientes al Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC) en el período 2015-2019. El CSC es una entidad pública de carácter local y de base asociativa, que ejerce la representación de un centenar de entidades asociadas que suman más de 45.000 profesionales. Además, esta entidad también promueve iniciativas para el impulso de la excelencia de los centros adscritos.

### 4.2 Participantes

Directivos intermedios (N = 2.060) que han participado en una o más ediciones de la encuesta durante el período de 5 años (Figura 4).



**Figura 4.** Participación de los directivos intermedios en el cuestionario sobre *work engagement* en el período 2015-2019.

Se incluyeron en el estudio las respuestas de todos aquellos directivos intermedios que trabajaban en estos centros sanitarios en el momento de facilitar el acceso on-line del cuestionario y que voluntariamente aceptaron participar.

Se consideró como directivos intermedios o de primera línea a los profesionales que reunían dos requisitos:

- (1) ocupar una posición de gestión dependiente de la dirección ejecutiva en la que fueran responsables de equipos de profesionales de las áreas de medicina, enfermería o servicios centrales de soporte al diagnóstico.
- (2) estar contratado en alguna de las siguientes categorías: jefe de departamento o área, jefe de servicio o unidad clínica, adjunto, supervisor, coordinador, gestor de procesos, gestor de casos o responsable de unidad o área.

Teniendo en cuenta la transversalidad de la posición de directivos intermedios en el sector sanitario caracterizamos esta posición en la Tabla 3 a partir de los ámbitos y disciplinas existentes en las organizaciones sanitarias y sociales de Cataluña. Por motivos de confidencialidad mencionados en el apartado 4.3. no fue posible conocer el número de participantes de cada ámbito y/o disciplina y posición.

**Tabla 3.** Posiciones de gestión de los directivos intermedios consideradas en el estudio

<b>Ámbitos y/o disciplinas</b>	<b>Posiciones</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Enfermería</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Adjunto, Supervisión, Coordinador, Gestor de procesos, Gestor de casos o responsable de unidad o área.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Medicina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Jefe de Departamento, Jefe de servicio o unidad clínica, responsable de unidad o área.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Servicios de soporte al diagnóstico (laboratorios de análisis clínicos, diagnóstico por la imagen, anatomía patológica)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Jefe de Departamento, Jefe de servicio o unidad de soporte al diagnóstico, responsable de unidad o área.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Áreas de soporte: atención al cliente, trabajo social, administración, servicios generales, investigación y docencia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Jefe de Departamento, Jefe de servicio o unidad, responsable de unidad o área.</li></ul>

Fuente. Elaboración propia.

### 4.3 Criterios éticos y de confidencialidad

En el estudio Opina© se solicitó la colaboración voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información. Se informó que los datos se utilizarían únicamente con fines de gestión, investigación y docencia. Por nuestra parte, los datos analizados son absolutamente anónimos, resultando por la autora de la tesis

absolutamente imposible su reidentificación. Por lo anterior no resulta de aplicación el régimen legal de protección de datos establecido en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) ni a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales.

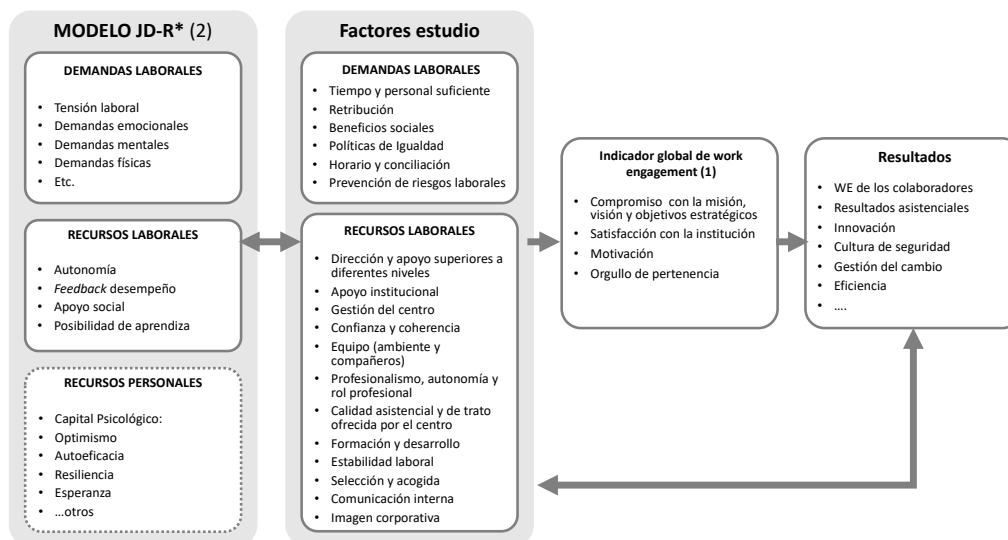
#### 4.4 Instrumento

El cuestionario, de elaboración propia, fue desarrollado por la empresa e-Motiva para el estudio Opina©. La encuesta forma parte de este estudio en el marco de colaboración entre el CSC y la empresa e-Motiva para el desarrollo de iniciativas para fomentar el *work engagement* de los profesionales sanitarios de las entidades pertenecientes a esta asociación.

La encuesta del estudio Opina© integra variables e ítems de tres referencias teóricas bien fundamentadas (capítulos 3.4 al 3.6 de la primera parte de la tesis doctoral) (Anexo 1). En primer lugar, el cuestionario de compromiso organizacional, contemplando los criterios de la dimensión compromiso afectivo (COQ) (Meyer y Allen, 1990). En segundo lugar, el modelo JD-R sin incluir los recursos personales (Bakker y Demerouti, 2007). Finalmente el cuestionario Energy Compass© de Schaufeli, 2017.

Las variables independientes (denominadas factores en el estudio) y la relación con el modelo JD-R y el indicador global de *work engagement* se muestra en el modelo conceptual de la Figura 5.





**Figura 5.** Modelo conceptual a partir de las aportaciones teóricas. (Elaboración propia).

A partir de las referencias teóricas identificamos las variables que hemos incorporado en el modelo propuesto por el investigador, utilizando, en la medida de los posible, variables pertenecientes a investigaciones previamente validadas en publicaciones científicas.

- (1) Variable dependiente *Work engagement*. Para el análisis del *work engagement* como variable dependiente de nuestro estudio utilizamos ítems obtenidos de la adaptación de los criterios del compromiso afectivo del cuestionario de compromiso organizacional (COQ) (Meyer & Allen, 1990). (Anexo 2)
- (2) Variables independientes. Considerando las aportaciones de los estudios referenciados en la Tabla 2. A partir del modelo JD-R sin incluir los recursos personales de Bakker y Demerouti (2017) y contextualizado en el sector sanitario.

Enumeramos a continuación las variables (factores) incorporadas en el estudio en las dos dimensiones del modelo, demandas laborales y recursos laborales.

- Las variables incorporadas en la dimensión demandas laborales son:
  - D1. Tiempo y personal suficiente (presión o sobrecarga de trabajo).
  - D2. Retribución.
  - D3. Beneficios sociales.

D4. Políticas de igualdad.

D5. Horario y conciliación.

D6. Prevención de riesgos laborales.

- Las variables incorporadas en la dimensión recursos laborales son:

R1. Profesionalismo, autonomía y rol profesional.

R2. Estabilidad laboral.

R3. Equipo (ambiente y compañeros).

R4. Imagen corporativa.

R5. Formación y desarrollo.

R6. Comunicación interna.

R7. Dirección y apoyo del jefe inmediato.

R8. Calidad asistencial y de trato ofrecida por el centro.

R9. Dirección del nivel superior al jefe inmediato.

R10. Selección y acogida.

R11. Entorno de trabajo y medios.

R12. Apoyo institucional.

R13. Gestión del centro.

R14. Confianza y coherencia.

La comparativa de las variables independientes del estudio, a partir de las dos referencias teóricas, Modelo JD-R (2) y Energy Compass © (3), y el modelo propuesto en la Figura 5 se detallan en el Anexo 3.

El cuestionario diseñado constaba de 21 secciones teóricas (variables del estudio) y 60 ítems (Anexo I). El acceso al cuestionario fue on-line desde una plataforma compartida entre los centros participantes en el estudio.

Para unificar los resultados y facilitar el procesado de los datos, las cuestiones seleccionadas de otros estudios fueron adaptadas a un criterio psicométrico común. Se optó por una escala Likert de 10 niveles que expresa el nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones o cuestiones expuestas en cada caso. Las puntuaciones de las variables eran de 1 a 10. (1 totalmente desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo).

A continuación, en las tablas 4,5 y 6 describimos por cada uno de los factores de estudio (variables) la selección de ítems del cuestionario (Anexo 1) para la valoración de los participantes.

**Tabla 4.** *Variable e ítems indicador global de work engagement*

<b>Variable indicador global de compromiso</b>
<b>Indicador global de compromiso</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sentimiento de compromiso personal con la misión, la visión y los objetivos estratégicos.</li><li>• Orgullo de pertenencia a la institución.</li><li>• Motivación.</li><li>• Satisfacción como profesional de la institución.</li></ul>

Fuente. Elaboración Propia

**Tabla 5.** *Variables e ítems dimensión recursos laborales*

<b>Variables e ítems dimensión recursos laborales</b>
<b>Profesionalismo, autonomía y rol profesional.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disfrute y adecuación a las propias capacidades y preferencias.</li><li>• Puedo desarrollarme y aprender.</li><li>• Puedo ser yo mismo.</li><li>• Recibo reconocimiento de los pacientes.</li><li>• Funciones y responsabilidades claras y bien definidas.</li><li>• Mi participación es adecuada en la organización de mi trabajo.</li><li>• Dispongo de autonomía y capacidad de decisión.</li><li>• Las demandas son claras (sin órdenes contradictorias).</li></ul>
<b>Estabilidad laboral</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puesto de trabajo estable y seguro.</li></ul>
<b>Equipo (ambiente y compañeros)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reconocimiento recibido de los compañeros.</li><li>• Apoyo y colaboración en el equipo de trabajo.</li></ul>
<b>Imagen corporativa</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Institución socialmente responsable.</li><li>• Institución de reconocido prestigio.</li></ul>
<b>Formación y desarrollo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tengo acceso a una formación adecuada a mis necesidades o expectativas.</li><li>• La institución me ofrece posibilidades de desarrollo.</li></ul>
<b>Comunicación interna</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conocimiento sobre objetivos, planes y resultados de mi área/departamento.</li><li>• Acceso a la información necesaria para trabajar bien.</li><li>• Conocimiento sobre la estrategia, objetivos y resultados de la institución.</li></ul>

---

**Dirección y apoyo del jefe inmediato**

- Es una persona íntegra y coherente. Es ejemplar.
- Posibilidad de expresar al jefe inmediato preocupaciones o intereses.
- Claridad y exigencia sobre los objetivos y resultados de mi trabajo.
- Defiende al equipo ante problemas y dificultades: comparte éxitos y asume errores.
- Liderazgo del jefe inmediato.
- Reconocimiento recibido del responsable directo.
- Planificación y organización de los procesos de trabajo del área/departamento.
- Me informa sobre mi trabajo y cómo mejorarlo.

**Calidad asistencial y de trato (pacientes, usuarios...)**

- Calidad asistencial ofrecida: profesionalidad, trato humano,...
- Agilidad en los tiempos de respuesta: colas, demoras en la atención....

**Dirección del nivel superior al jefe inmediato**

- Valoración de la labor de dirección de personas.
- Reconocimiento recibido de los niveles superiores al responsable directo.

**Selección y acogida**

- Selección del perfil adecuado de profesionales para las necesidades organizativas.
- Gestión de la acogida e integración de las nuevas incorporaciones.

**Entorno de trabajo y medios**

- Adecuado confort del espacio físico de trabajo (mobiliario, instalaciones, ruidos, ....)
- Calidad de recursos y medios materiales, técnicos e informáticos.

**Apoyo institucional a los jefes**

- Apoyo del equipo de colaboradores directos (saber que “se puede contar con ellos”)
- Apoyo institucional en mi tarea como responsable.
- Ambiente de confianza y colaboración entre responsables.

**Gestión del centro**

- Labor del comité de dirección.
- Gestión de la calidad y mejora continua.
- Gestión de la institución (estrategia, planificación, organización,...)
- Coordinación entre las diferentes áreas relevantes para mi trabajo

**Confianza y coherencia**

- Confianza en que tras esta encuesta se realizarán acciones de mejora.
  - Los criterios de promoción son claros y coherentes.
  - El personal y las áreas reciben un trato justo y equitativo (sin favoritismo ni discriminación)
  - Preocupación de la institución por la calidad de vida de los profesionales.
  - Coherencia entre mensajes de la dirección y la práctica
- 

Fuente. Elaboración Propia

Tabla 6. *Variables e ítems dimensión demandas laborales*

<b>Variables e ítems dimensión demandas laborales</b>
<b>Políticas de igualdad.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Existe igualdad entre hombres y mujeres en el trato y desarrollo profesional.</li></ul>
<b>Horario y conciliación</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Posibilidad de elegir periodos de vacaciones.</li><li>• Horario y equilibrio vida personal y profesional.</li></ul>

**Prevención de riesgos laborales**

- Medidas y medios para garantizar la salud y seguridad en el trabajo.
- Apoyo institucional ante las agresiones físicas o verbales en el trabajo.

**Beneficios sociales**

- Satisfacción con los beneficios sociales.

**Tiempo y personal suficiente (presión y carga de trabajo)**

- Disponibilidad de tiempo para realizar el trabajo.
- Adecuación de la dotación de personal del área/departamento a las necesidades.

**Retribución**

- Satisfacción con el equilibrio entre salario, esfuerzo y responsabilidades.
- 

Fuente. Elaboración Propia

La fiabilidad del cuestionario se analizó con un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,974, el apartado del cuestionario correspondiente al indicador global de *work engagement* con un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,871, el apartado del cuestionario correspondiente a las variables de la dimensión recursos laborales con un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,942 y el apartado del cuestionario correspondiente a las variables de la dimensión demandas laborales con un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,768.

## 4.5 Análisis estadístico

Las variables cualitativas sexo y antigüedad se expresaron como valores absolutos y porcentajes, y las variables cuantitativas, como mínimo, con una medida de tendencia central y otra de dispersión. Se utilizó una escala del 1 al 10 (de menos a más).

En el análisis bivariado, las variables cualitativas se compararon utilizando el test de  $\chi^2$ , y las cuantitativas con la prueba t de student o el test de ANOVA junto con la prueba de Sheffé para las comparaciones post-hoc y la regresión lineal. Para las variables significativas se establecieron los intervalos de confianza del 95%.

En el modelo multivariado, se utilizó un análisis de regresión múltiple. Se consideró como variable dependiente el indicador global de *work engagement* con la institución y como variables independientes los factores predictores significativos en el análisis bivariado. El nivel de significación estadística se estableció en 0.05. La fiabilidad del cuestionario se analizó con el coeficiente alfa de Cronbach. Para los análisis estadísticos se utilizó el paquete IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY, USA).

## 5 Resultados

Los resultados obtenidos se presentan a continuación organizados en cuatro apartados. En el primero se presentan de forma descriptiva los resultados de las puntuaciones de las variables del cuestionario. En un segundo apartado se presenta los resultados de la variable dependiente *work engagement*. En un tercer apartado por perfiles de *work engagement* y un cuarto apartado presentamos el análisis de las variables segmentando los factores prioritarios del *work engagement*. De esta forma se pretende identificar los factores organizativos determinantes del *work engagement* de los directivos intermedios.

En el estudio se analizaron las encuestas correspondientes a 2.060 directivos intermedios en total, aunque por las razones de confidencialidad mencionadas es imposible determinar cuáles de ellos participaron en más de una encuesta. También por este motivo la información de variables demográficas y antigüedad en los centros es muy limitada.

El 60% de los directivos fueron mujeres. En cuanto a la antigüedad en la organización: el 69% llevaba más de 10 años, 17% entre 5 y 10 años y el 14% menos de 5 años.

### 5.1 Resultados de las variables

El análisis descriptivo de las puntuaciones que recibió cada variable e ítems del cuestionario se detalla en la Tabla 7 por las 21 variables. Las variables independientes están clasificadas en las dimensiones recursos laborales y demandas laborales. Los valores obtenidos son resultado de la media de las puntuaciones de los resultados de cada ítem.

Se observa como el indicador global de *work engagement* recibió una puntuación media de  $(7,94 \pm 1,38)$  puntos. En conjunto, los directivos intermedios puntuaron la dimensión recursos laborales con  $(7,39 \pm 1,23)$  puntos versus  $(6,69 \pm 1,49)$  puntos de la dimensión demandas laborales ( $p < 0,001$ ). Por orden de puntuación, los tres recursos laborales mejor valorados fueron la tarea profesional y autonomía (rol profesional) con  $(7,81 \pm 1,18)$  puntos, la estabilidad laboral con  $(7,79 \pm 1,71)$  puntos y el equipo (ambiente y compañeros) con  $(7,70 \pm 1,50)$  puntos. En contraste los recursos laborales con peores puntuaciones fueron la confianza y la coherencia en la gestión de los

centros con  $(6,48 \pm 1,82)$  puntos, la gestión del centro con  $(6,74 \pm 1,72)$  puntos, y el entorno de trabajo y los medios con  $(6,83 \pm 1,97)$  puntos. En cuanto a las demandas laborales, las tres mejor puntuadas fueron: las políticas de igualdad  $(8,27 \pm 1,77)$  puntos, el horario y la conciliación  $(7,67 \pm 1,75)$  puntos y la prevención de riesgos laborales  $(7,43 \pm 1,68)$  puntos. Mientras que las tres demandas laborales que recibieron peores puntuaciones fueron la retribución  $(5,52 \pm 2,50)$  puntos, disponer de suficiente tiempo y personal  $(5,74 \pm 2,04)$  puntos y los beneficios sociales  $(6,11 \pm 2,36)$  puntos.

**Tabla 7.** Puntuaciones de los directivos intermedios por variables (factores) e ítems

Variables e ítems	Puntos* X (DE)
<b>Indicador global de compromiso con la institución donde se trabaja.</b>	<b>7,94±1,38</b>
1. Sentimiento de compromiso personal con la misión, la visión y los objetivos estratégicos.	8,28±1,62
2. Orgullo de pertenencia a la institución.	8,11±1,69
3. Motivación.	7,84±1,72
4. Satisfacción como profesional de la institución.	7,54±1,45
<b>DIMENSIÓN RECURSOS LABORALES</b>	<b>7,39±1,23</b>
<b>Estabilidad laboral</b>	<b>7,79±1,71</b>
1. Puesto de trabajo estable y seguro.	7,79±1,71
<b>Equipo (ambiente y compañeros)</b>	<b>7,70±1,50</b>
1. Reconocimiento recibido de los compañeros.	7,70±1,54
2. Apoyo y colaboración en el equipo de trabajo.	7,69±1,80
<b>Formación y desarrollo</b>	<b>7,59±1,68</b>
1. Tengo acceso a una formación adecuada a mis necesidades o expectativas.	7,65±1,80
2. La institución me ofrece posibilidades de desarrollo.	7,53±1,88
<b>Comunicación interna</b>	<b>7,57±1,68</b>
1. Conocimiento sobre objetivos, planes y resultados de mi área/departamento.	7,93±1,85
2. Acceso a la información necesaria para trabajar bien.	7,52±1,81
3. Conocimiento sobre la estrategia, objetivos y resultados de la institución.	7,35±1,94
<b>Dirección y apoyo del jefe inmediato</b>	<b>7,56±1,65</b>
1. Es una persona íntegra y coherente. Es ejemplar.	7,82±2,09
2. Posibilidad de expresar al jefe inmediato preocupaciones o intereses.	7,79±2,00
3. Claridad y exigencia sobre los objetivos y resultados de mi trabajo.	7,70±1,94
4. Defiende al equipo ante problemas y dificultades: comparte éxitos y asume errores.	7,67±2,15
5. Liderazgo del jefe inmediato.	7,62±2,00
6. Reconocimiento recibido del responsable directo.	7,59±1,85

7. Planificación y organización de los procesos de trabajo del área/departamento.	7,24±1,68
8. Me informa sobre mi trabajo y cómo mejorarlo.	7,20±2,30
<b>Calidad asistencial y de trato (pacientes, usuarios...)</b>	<b>7,34±1,40</b>
1. Calidad asistencial ofrecida: profesionalidad, trato humano,...	7,99±1,34
2. Agilidad en los tiempos de respuesta: colas, demoras en la atención.....	6,64±1,82
<b>Dirección del nivel superior al jefe inmediato</b>	<b>7,08±1,97</b>
1. Valoración de la labor de dirección de personas.	7,19±2,14
2. Reconocimiento recibido de los niveles superiores al responsable directo.	6,98±2,15
<b>Selección y acogida</b>	<b>6,94±1,73</b>
1. Selección del perfil adecuado de profesionales para las necesidades organizativas.	6,94±1,87
2. Gestión de la acogida e integración de las nuevas incorporaciones.	6,94±1,95
<b>Entorno de trabajo y medios</b>	<b>6,83±1,97</b>
1. Adecuado confort del espacio físico de trabajo (mobiliario, instalaciones, ruidos, ....)	6,89±2,27
2. Calidad de recursos y medios materiales, técnicos e informáticos.	6,77±2,07
<b>Apoyo institucional a los jefes</b>	<b>7,77±1,55</b>
1. Apoyo del equipo de colaboradores directos (saber que “se puede contar con ellos”)	8,21±1,56
2. Apoyo institucional en mi tarea como responsable.	7,60±1,94
3. Ambiente de confianza y colaboración entre responsables.	7,51±1,89
<b>Gestión del centro</b>	<b>6,74±1,72</b>
1. Labor del comité de dirección.	7,09±1,95
2. Gestión de la calidad y mejora continua.	6,92±1,85
3. Gestión de la institución (estrategia, planificación, organización,...)	6,71±1,99
4. Coordinación entre las diferentes áreas relevantes para mi trabajo	6,34±1,96
<b>Confianza y coherencia</b>	<b>6,48±1,82</b>
1. Confianza en que tras esta encuesta se realizarán acciones de mejora.	6,58±2,23
2. Los criterios de promoción son claros y coherentes.	6,50±2,15
3. El personal y las áreas reciben un trato justo y equitativo (sin favoritismo ni discriminación)	6,47±2,22
4. Preocupación de la institución por la calidad de vida de los profesionales.	6,43±2,12
5. Coherencia entre mensajes de la dirección y la práctica	6,41±2,08
<b>DIMENSIÓN DEMANDAS LABORALES</b>	<b>6,69±1,41</b>
<b>Políticas de igualdad.</b>	<b>8,27±1,77</b>
1. Existe igualdad entre hombres y mujeres en el trato y desarrollo profesional.	8,27±1,77
<b>Horario y conciliación</b>	<b>7,67±1,75</b>
1. Posibilidad de elegir periodos de vacaciones.	8,05±1,85
2. Horario y equilibrio vida personal y profesional.	7,30±2,23
<b>Prevención de riesgos laborales</b>	<b>7,43±1,68</b>
1. Medidas y medios para garantizar la salud y seguridad en el trabajo.	7,49±1,70
2. Apoyo institucional ante las agresiones físicas o verbales en el trabajo.	7,37±2,06
<b>Beneficios sociales</b>	<b>6,11±2,36</b>
1. Satisfacción con los beneficios sociales.	6,11±2,36
<b>Tiempo y personal suficiente (presión y carga de trabajo)</b>	<b>5,74±2,04</b>



1. Disponibilidad de tiempo para realizar el trabajo.	5,75±2,17
2. Adecuación de la dotación de personal del área/departamento a las necesidades.	5,74±2,36
<b>Retribución</b>	<b>5,52±2,50</b>
1. Satisfacción con el equilibrio entre salario, esfuerzo y responsabilidades.	5,52±2,50

\*p<0,001(para las puntuaciones de las variables del cuestionario se utilizó la prueba de ANOVA)  
X (DE)= media (Desviación Estándar)

Los hombres calificaron las políticas de igualdad, de media, con 0,35 puntos más que las mujeres (IC95%: 0,08-0,61 puntos) y también otorgaron a la prevención de riesgos laborales, de media, 0,35 puntos más que las mujeres (IC95%: 0,11-0,60 puntos). O lo que es lo mismo, los hombres valoraron las políticas de igualdad con 8,51 puntos vs 8,16 puntos de las mujeres (p=0,011), y la prevención de riesgos laborales con 7,43 puntos vs 7,08 puntos de las mujeres (p=0,005). En el resto de variables estudiadas no se observaron diferencias según sexo.

## 5.2 Resultados de la variable *work engagement*

La evolución del *work engagement* durante el período de 5 años estudiado se muestra en la Tabla 8. El ítem *work engagement* global recibió una puntuación media (7,94 ± 1,38) puntos y es estable durante los 5 años. El año 2018 los directivos intermedios calificaron el *work engagement* con una puntuación mayor (8,19 ± 1,26);(IC95% : 8,09-8,30) y con una puntuación menor el año 2017 con (7,51 ± 1,56); (IC95% : 7,36-7,66). Con relación a la puntuación de los 4 ítems, en la Tabla 9 se muestra, que el compromiso con la misión y los objetivos en 2018 recibió la mayor puntuación (8,54 ± 1,46), mientras que la menor puntuación la recibió la satisfacción laboral en 2017 (7,22 ± 1,60). (t(4)=16,51;p<0,001).

**Tabla 8.** Evolución del índice global de *work engagement* período 2015-2019

<i>work engagement</i>	N	X	DE	IC 95%	Mínimo	Máximo
<b>2015</b>	337	8,01	1,29	(7,87-8,15)	3,25	10
<b>2016</b>	199	8,11	1,34	(7,92-8,30)	2,25	10
<b>2017</b>	429	7,51	1,56	(7,36-7,66)	1,75	10
<b>2018</b>	541	8,19	1,26	(8,09-8,30)	3,5	10
<b>2019</b>	554	7,94	1,32	(7,83-8,05)	1	10
<b>2020</b>	2060	7,94	1,38	(7,89-8,00)	1	10

X(DE)=media (Desviación Estándar)

**Tabla 9.** Evolución del índice global de *work engagement* y sus componentes período 2015-2019

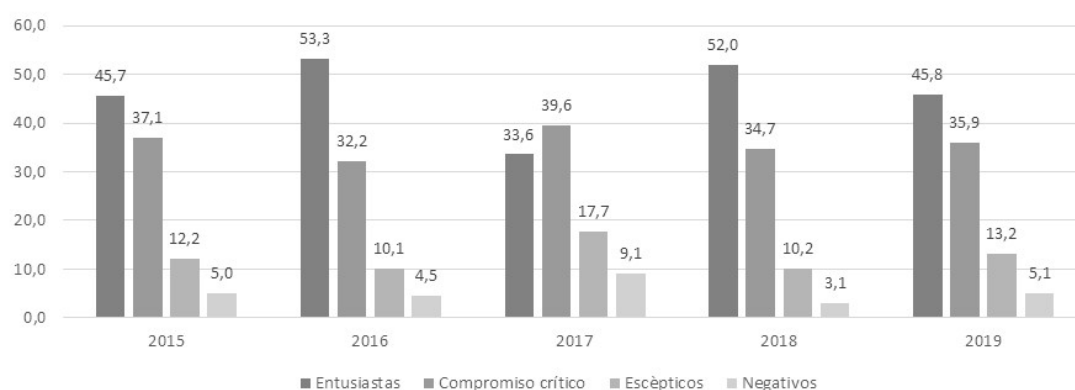
<i>work engagement</i>	2015	2016	2017	2018	2019	Total
	N=337	N=199	N=429	N=541	N=554	N=2060
Compromiso con la misión y objetivos*	8,32±1,57	8,49±1,48	7,71±1,94*	8,54±1,46	8,36±1,48	8,28±1,62
Orgullo pertinencia a la organización*	8,25±1,53	8,33±1,69	7,59±1,90*	8,38±1,59	8,08±1,63	8,11±1,69
Motivación actual*	7,90±1,62	8,01±1,65	7,49±1,91*	8,10±1,57	7,77±1,73	7,84±1,72
Satisfacción laboral*	7,57±1,36	7,61±1,41	7,22±1,60*	7,74±1,40	7,55±1,41	7,54±1,45
Work engagement Global*	8,01±1,29	8,11±1,34	7,51±1,56*	8,19±1,26	7,94±1,32	7,94±1,38

X(DE)=media (Desviación Estándar)

\*p<0,001 (para la comparación entre los diferentes años de estudio se utilizó la prueba de ANOVA junto con la prueba de Sheffé para las comparaciones post-hoc).

### 5.3 Resultados por perfiles de *work engagement*

Respetando la clasificación de los autores del cuestionario, según la puntuación obtenida en el índice global de WE se categorizó a los directivos intermedios en cuatro tipologías de *work engagement* : entusiastas (índice > 7 puntos), críticos (índice entre > 6 y ≤ 7 puntos), escépticos (índice entre > 5 y ≤ 6 puntos), y situación negativa (índice ≤ 5 puntos). La Figura 6 destaca cierta estabilidad del grupo de entusiastas en los cinco años con un peso relativo superior al 45% de los DI, a excepción del año 2017, donde la tipología de entusiastas disminuye quedando su peso relativo a 33,6%. Si consideramos también el año 2017 el grupo de escépticos más el grupo de negativos su peso relativo el año 2017 asciende al 26,8%.



**Figura 6.** Evolución del *work engagement* por tipologías de WE período (2015-2019). Valores en % de los DI por tipologías de WE.(N=2060)

\* $p < 0,001$  (para la comparación entre las diferentes tipologías de WE se utilizó la prueba de ANOVA).

Las puntuaciones del índice global de *work engagement* según las cuatro categorías de WE se muestran en la tabla 10. Los directivos intermedios clasificados en cada tipología de WE presentan una puntuación específica, desde los entusiastas con una puntuación media de  $(8,88 \pm 0,66)$ ; (IC95% : 8,84-8,92) a la puntuación de la tipología de los negativos de  $(4,51 \pm 1,12)$ ; (IC95% : 4,30-4,73). ( $t(3)=1245,43$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tabla 10.** *Work engagement global según tipologías*

<i>work engagement</i>	N	X	DE	IC 95%	Mínimo	Máximo
Entusiastas*	950	8,88	0,65	(8,84-8,92)	6,25	10
Compromiso crítico*	743	7,65	0,87	(7,60-7,72)	4,75	10
Escépticos*	261	6,73	1,04	(6,60-6,85)	3,75	9,75
Negativos*	106	4,52	1,12	(4,30-4,73)	1	7,25
Total	2060	7,94	1,32	(7,83-8,05)	1	10

X(DE)=media (Desviación Estándar)

\* $p < 0,001$  (para la comparación entre las diferentes tipologías de *work engagement* se utilizó la prueba de ANOVA junto con la prueba de Sheffé para las comparaciones post-hoc).

Las puntuaciones del índice global de *work engagement* versus los factores asociados según las cuatro categorías de WE se muestran en la tabla 11. Considerando la dimensión demandas laborales se encontraban las variables mejor y peor puntuadas, los directivos intermedios clasificados como entusiastas puntúan mejor las políticas de igualdad  $(8,96 \pm 1,08)$  y la retribución  $(2,86 \pm 1,69)$  es la peor puntuada por parte de los directivos intermedios clasificados como negativos. En cuanto a las variables de la

dimensión recursos laborales, el mejor puntuado fue el apoyo institucional de los jefes ( $8,69 \pm 0,89$ ) por parte de los DI entusiastas y el peor puntuado la confianza y la coherencia ( $2,73 \pm 1,00$ ).

**Tabla 11.** *Work engagement global y factores según perfiles de work engagement*

	Entusiastas	Compromiso crítico	Escéptico	Situación negativa	Total
	N=950	N=743	N=261	N=106	N=2060
	46%	36%	13%	5%	
<b>work engagement Global</b>	<b>8,88±0,65</b>	<b>7,65±0,87</b>	<b>6,73±1,04</b>	<b>4,52±1,12</b>	<b>7,94±1,38</b>
<b>DEMANDAS LABORALES</b>					
Políticas de igualdad*	8,96±1,08 (1)	8,25±1,50 (1)	7,13±2,21 (1)	6,00±2,70 (1)	8,27±1,77 (1)
Horario y conciliación*	8,22±1,45 (12)	7,76±1,48 (2)	6,09±1,89 (8)	5,93±2,12 (2)	7,67±1,75 (6)
Prevención de riesgos laborales*	8,33±1,09 (9)	7,23±1,30 (10)	5,72±1,68 (12)	4,92±2,06 (7)	7,43±1,68 (11)
Beneficios sociales*	7,31±1,83 (18)	5,61±2,20 (19)	4,36±2,14 (18)	3,35±1,75 (16)	6,10±2,36 (18)
Retribución*	6,84±1,93 (19)	4,82±2,40 (20)	3,91±2,23 (19)	2,86±1,69 (19)	5,52±2,50 (20)
Tiempo y personal suficiente *	6,64±1,72 (20)	5,76±1,62 (18)	3,48±1,52 (20)	3,09±1,79 (18)	5,74±2,04 (19)
<b>RECURSOS LABORALES</b>					
Apoyo institucional de los jefes *	8,69±0,89 (2)	7,52±1,10 (6)	6,12±1,43 (7)	4,40±1,56 (12)	7,77±1,55 (4)
Imagen institucional*	8,65±0,87 (3)	7,21±1,10 (11)	6,27±1,34 (5)	4,74±1,66 (9)	7,63±1,54 (7)
Formación y desarrollo*	8,58±0,93 (4)	7,36±1,22 (8)	5,91±1,68 (9)	4,36±1,94 (13)	7,59±1,68 (8)
Tarea profesional-autonomía*	8,54±0,69 (5)	7,60±0,83 (3)	6,77±1,05 (2)	5,41±1,39 (6)	7,81±1,18 (2)
Comunicación interna*	8,52±0,96 (6)	7,39±1,26 (7)	5,87±1,63 (11)	4,48±1,96 (11)	7,57±1,68 (9)
Dirección del jefe inmediato*	8,52±0,96 (7)	7,36±1,23 (9)	5,90±1,56 (10)	4,52±1,91 (10)	7,56±1,65 (10)
Estabilidad laboral *	8,47±1,28 (8)	7,60±1,54 (5)	6,71±1,84 (3)	5,57±2,28 (4)	7,79±1,71 (3)
Equipo (ambiente y compañeros)*	8,28±1,12 (10)	7,60±1,28 (4)	6,68±1,66 (4)	5,66±2,17 (3)	7,70±1,50 (5)
Dirección del nivel superior al jefe inmediato*	8,27±1,20 (11)	6,81±1,46 (13)	5,03±1,74 (15)	3,66±1,93 (15)	7,08±1,97 (13)
Selección y acogida*	7,97±1,07 (13)	6,66±1,32 (15)	5,11±1,54 (13)	3,99±1,79 (14)	6,93±1,73 (14)
Calidad asistencial y de trato (pacientes, usuarios...)*	7,96±1,01 (14)	7,21±1,17 (12)	6,14±1,46 (6)	5,46±1,81 (5)	7,34±1,40 (12)
Gestión del centro*	7,95±0,96 (15)	6,36±1,09 (16)	4,88±1,32 (16)	3,19±1,21 (17)	6,74±1,72 (16)
Confianza y coherencia*	7,91±0,91 (16)	5,90±1,09 (17)	4,47±1,15 (17)	2,73±1,00 (20)	6,48±1,82 (17)
Entorno de trabajo y medios*	7,56±1,62 (17)	6,76±1,73 (14)	5,09±1,94 (14)	4,77±2,20 (8)	6,82±1,97 (15)

Nota: los paréntesis hacen referencia al orden de los valores de los factores. X(DE)=media (Desviación Estándar)

\* $p < 0,001$  (para la comparación entre las diferentes tipologías de *work engagement* se utilizó la prueba de ANOVA junto con la prueba de Sheffé para las comparaciones post-hoc).

Prueba posthoc de Scheffé: factor horario y conciliación vs. tipología escépticos y negativos ( $p=0,085$ ). Prueba posthoc de Scheffé: factor tiempo y personal suficiente vs. tipología escépticos y negativos ( $p=0,025$ ). Prueba posthoc de Scheffé: factor entorno de trabajo y medios vs. tipología escépticos y negativos ( $p=0,047$ ).

## 5.4 Resultados por factores y *work engagement*

El índice global de *work engagement* presentó una relación positiva con los veinte factores analizados ( $p < 0,001$ ). El modelo se caracterizó por una  $R^2 = 0,726$  y una ajustada  $R^2 = 0,719$  y  $F(20)=113,21$ . Los detalles se muestran en la Tabla 12.

Como muestra la Tabla 12, el análisis destacó que el 54,7% de la variabilidad del *work engagement* se explicaba por la percepción de confianza y coherencia de los directivos intermedios. En cambio, el horario y la conciliación explicaban el 13,8% de la variabilidad del *work engagement*.

**Tabla 12**

*Correlaciones entre el índice global de work engagement del directivo intermedio y los veinte factores*

Factores predictivos	Work engagement	
	n	R2
Confianza y coherencia	2059	0,547
Gestión del centro	2058	0,533
Imagen corporativa	2044	0,520
Profesionalismo, autonomía y puesto de trabajo	2059	0,517
Apoyo institucional a los jefes	1854	0,494
Formación y desarrollo	2048	0,463
Comunicación interna	2052	0,436
Dirección del jefe inmediato	2059	0,422
Dirección del nivel superior al jefe inmediato	1924	0,413
Selección y acogida de los profesionales	2033	0,394
Prevención de riesgos laborales	2051	0,315
Calidad asistencial y de trato (pacientes, usuarios...)	1987	0,239
Estabilidad laboral	2042	0,228
Beneficios sociales	1810	0,220
Equipo (ambiente y compañeros)	2059	0,217
Tiempo y personal suficiente (presión)	2058	0,204
Políticas de igualdad	1313	0,188
Entorno de trabajo y medios	2058	0,165
Retribución	1961	0,139
Horario y conciliación	2051	0,138

\* $p < 0,001$  (para la comparación entre el índice global de *work engagement* del directivo intermedio y los veinte factores se utilizó la prueba de ANOVA).

El índice global de *work engagement* presentó una relación positiva con los veinte factores analizados ( $p < 0,001$ ) durante los 5 años estudiados y no muestran cambios significativos entre este periodo. Como muestra la Tabla 13, el análisis destacó que

durante los cinco años  $\geq 49\%$  de la variabilidad del *work engagement* se explicaba por la percepción de confianza y coherencia de los directivos intermedios. En cambio, también durante los cinco años el horario y la conciliación explicaban  $< 10\%$  de la variabilidad del *work engagement*.

**Tabla 13.** Correlaciones entre el índice global de *work engagement* del directivo intermedio y los veinte factores (2015-2019)

Factores	2015	2016	2017	2018	2019	Total
	N=337	N=199	N=429	N=541	N=554	N=2060
Confianza y coherencia	0,527	0,488	0,578	0,558	0,517	0,547
Gestión del centro	0,552	0,425	0,543	0,581	0,493	0,533
Imagen corporativa	0,443	0,454	0,488	0,538	0,553	0,520
Profesionalismo, autonomía y puesto de trabajo	0,553	0,419	0,549	0,481	0,536	0,517
Apoyo institucional a los jefes	0,447	0,432	0,505	0,481	0,545	0,494
Formación y desarrollo	0,464	0,436	0,436	0,457	0,481	0,463
Comunicación interna	0,436	0,399	0,416	0,427	0,459	0,436
Dirección del jefe inmediato	0,375	0,392	0,460	0,376	0,468	0,422
Dirección del nivel superior al jefe inmediato	0,394	0,412	0,491	0,404	0,354	0,413
Selección y acogida de los profesionales	0,135	0,293	0,447	0,359	0,414	0,394
Prevención de riesgos laborales	0,292	0,298	0,359	0,259	0,321	0,315
Calidad asistencial y de trato (pacientes, usuarios...)	0,207	0,203	0,261	0,226	0,233	0,239
Estabilidad laboral	0,220	0,366	0,156	0,209	0,303	0,228
Beneficios sociales	0,223	0,231	0,193	0,224	0,247	0,220
Equipo (ambiente y compañeros)	0,185	0,106	0,290	0,152	0,269	0,217
Tiempo y personal suficiente (presión)	0,183	0,190	0,257	0,188	0,190	0,204
Políticas de igualdad	0,087	0,232	0,166	0,200	0,200	0,188
Entorno de trabajo y medios	0,133	0,147	0,166	0,128	0,217	0,165
Retribución	0,137	0,066	0,141	0,123	0,175	0,139
Horario y conciliación	0,137	0,085	0,162	0,090	0,171	0,138

**Tabla 14.** Resumen del modelo y ANOVA correlaciones Tabla 13

Años	R <sup>2</sup>	R cuadrado ajustado	ANOVA	Significación
2015	0,732	0,727	F(5)=166,19	<0,001
2016	0,659	0,650	F(5)=71,821	<0,001
2017	0,694	0,690	F(5)=149,85	<0,001
2018	0,724	0,720	F(5)=234,53	<0,001
2019	0,734	0,731	F(5)=296,67	<0,001

\*p<0,001 (para la correlación entre el índice global de *work engagement* del directivo intermedio y los veinte factores 2015-2019 se utilizó la prueba de ANOVA).

Los resultados del análisis multivariado se muestran en la Tabla 15. El modelo se caracteriza por una  $R^2 = 0,71$  y una ajustada  $R^2 = 0,709$  y  $F(5)=894,58$ . El 70,9% de la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios se explicaba por 4 factores gestionables, todos ellos de la dimensión recursos laborales: confianza y

coherencia, autonomía profesional (rol profesional), imagen institucional y la formación y desarrollo. Estos cuatro factores fueron estadísticamente significativos tanto en el análisis multivariable global como cuando se aplicaba el modelo a cada uno de los 5 años estudiados. Se eliminó de este modelo el factor situación de los jefes, por tratarse de un factor estadísticamente significativo exclusivamente en 2015 y en 2018; y sin significación estadística en 2016, ni 2017 ni 2019.

**Tabla 15.** Factores organizativos gestionables del *work engagement* de los directivos intermedios. Regresión múltiple

Factores	WE directivos intermedios		
	B (95% CI)	$\beta$	p-value
Confianza y coherencia	0.169 (0.139-0.199)	0.233	<0.001
Profesionalismo, autonomía y puesto de trabajo	0.358 (0.318-0.397)	0.305	<0.001
Imagen corporativa	0.265 (0.234-0.296)	0.294	<0.001
Formación y desarrollo	0.133 (0.104-0.161)	0.162	<0.001
Constante	1,030 (0,797-1,263)		<0.001

#### Factor confianza y coherencia

Si no consideramos la relación con la variable dependiente, en nuestro estudio el factor confianza y coherencia con una puntuación de 6,48 /10 fue el recurso laboral peor puntuado ( $p < .001$ ) de los 14 recursos laborales estudiados. Cuando consideramos la variable dependiente, el factor confianza y coherencia explicó el 55% ( $R^2 = 0,547$ ) de la variabilidad del *work engagement* de los DI y en el multivariado de regresión múltiple ( $R^2 = 0.709$ ) resultó como uno de los cuatro factores que explicaron la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios con una ( $\beta_{std} = 0.23$ ,  $p < .001$ ) individual.

#### Factor profesionalismo, autonomía y puesto de trabajo

El factor profesionalismo y autonomía, con una puntuación de 7,81/10 fue el recurso laboral mejor puntuado ( $p < .001$ ) de los 14 recursos laborales estudiados cuando se

analizó este factor sin considerar la relación con la variable dependiente, *work engagement*. Considerando la variable dependiente, *work engagement*, este factor explicó el 52% de la variabilidad del *work engagement* de los DI y en el multivariado de regresión múltiple ( $R^2 = 0.709$ ) fue uno de los cuatro factores con una ( $\beta_{std} = 0.305$ ,  $p < .001$ ) individual que explicaron la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios.

### **Imagen corporativa**

El factor imagen corporativa, con una puntuación media de 7,63/10 fue el cuarto recurso laboral mejor puntuado ( $p < .001$ ) de los 14 recursos laborales estudiados cuando se analizó este factor sin considerar la relación con la variable dependiente, *work engagement*. Considerando la variable dependiente, *work engagement*, este factor explicó el 52% de la variabilidad del *work engagement* de los DI y en el multivariado de regresión múltiple ( $R^2 = 0.709$ ) fue uno de los cuatro factores con una ( $\beta_{std} = 0.294$ ,  $p < .001$ ) individual que explicaron la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios.

### **Formación y desarrollo**

El factor formación y desarrollo, con una puntuación media de 7,59/10 fue el quinto recurso laboral mejor puntuado ( $p < .001$ ) de los 14 recursos laborales estudiados cuando se analizó este factor sin considerar la relación con la variable dependiente, *work engagement*. Considerando la variable dependiente, *work engagement*, este factor explicó el 46 % de la variabilidad del *work engagement* de los DI y en el multivariado de regresión múltiple ( $R^2 = 0.709$ ) fue uno de los cuatro factores con una ( $\beta_{std} = 0.162$ ,  $p < .001$ ) individual que explicaron la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios.

### **Priorización de factores**

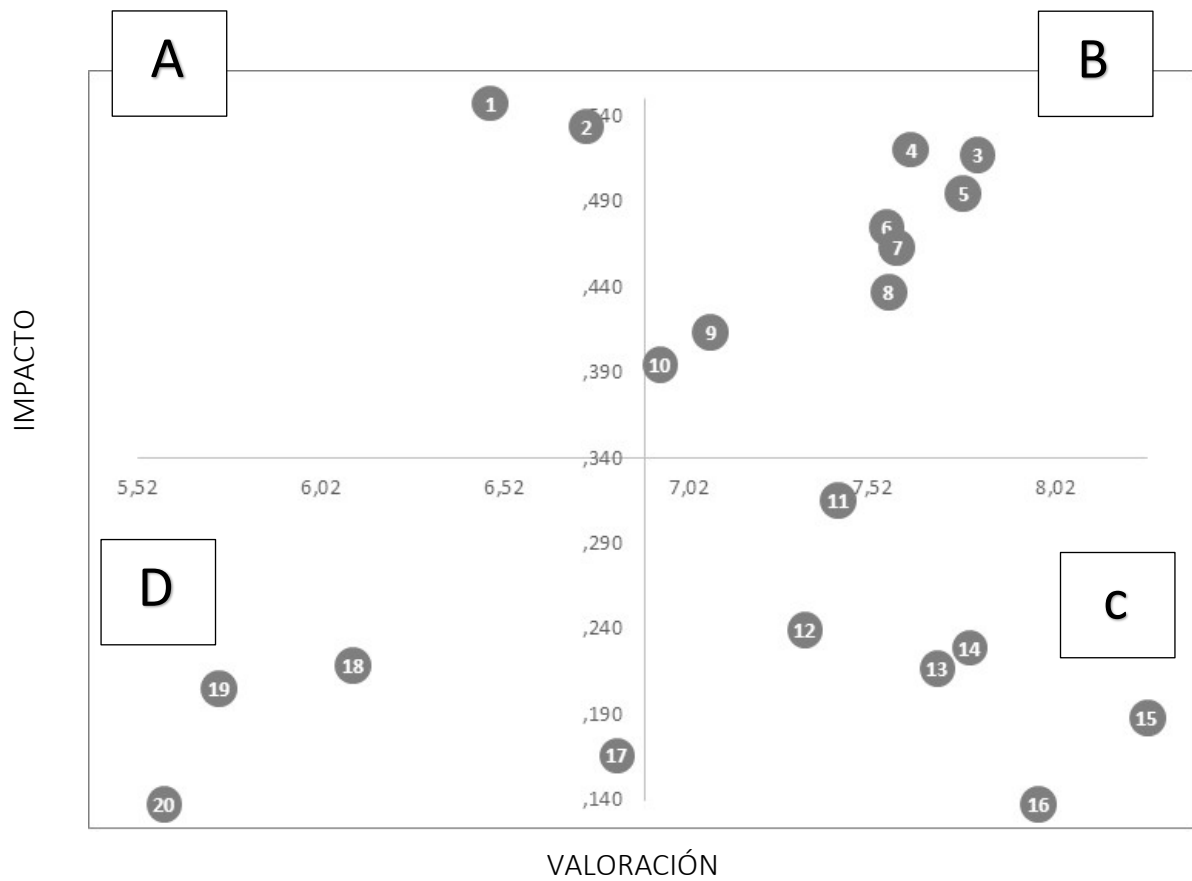
En la Figura 7 incorporamos los 20 factores resultado de la combinación de dos aportaciones de los resultados expuestos en este capítulo. Por cada variable independiente (factor) los valores de las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario (Tabla 7) y las correspondientes  $R^2$  obtenidas de las correlaciones entre



cada una de las variables y el índice global de *work engagement* (Tabla 13). El eje de abscisas (x) incorpora las puntuaciones medias y el eje de coordenadas (y) incorpora las  $R^2$ .

A partir de dos perspectivas, la valoración fruto de las puntuaciones y el impacto fruto de las  $R^2$ . Obtenemos 4 cuadrantes que permiten la priorización de los factores y la orientación de las intervenciones organizativas (propuestas por la investigadora).

Cuadrante	Factores	Orientación de las intervenciones
A	(1) Equidad y coherencia (2) Gestión del centro	Alta prioridad - Mejorar
B	(3) Profesionalismo, autonomía y puesto de trabajo (4) Imagen corporativa (5) Apoyo institucional a los jefes (6) Dirección del jefe inmediato (7) Formación y desarrollo (8) Comunicación interna (9) Dirección del nivel superior al jefe inmediato (10) Selección y acogida	Alta prioridad- Preservar
C	(11) Prevención de riesgos laborales (12) Calidad asistencial (13) Estabilidad laboral (14) Equipo (ambiente y compañeros) (15) Políticas de Igualdad (16) Horario y conciliación	Baja prioridad- Preservar
D	(17) Beneficios sociales (18) Entorno de trabajo y medios (19) Beneficios sociales (20) Tiempo y personal suficiente	Baja prioridad- Mejorar



**Figura 7.** Priorización de factores determinantes del *work engagement*

## 6 Discusión

En este capítulo nos proponemos discutir los resultados obtenidos en el trabajo empírico, la revisión de los objetivos propuestos así como la pertinencia de las hipótesis que planteamos al inicio del estudio. Sin embargo, debemos considerar las escasas o prácticamente inexistentes investigaciones en el marco del *work engagement* de los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias. Para ello consideraremos también resultados de otras investigaciones sobre nuestro objeto de estudio a las que hemos tenido acceso y a las aportaciones vinculadas del marco teórico.

### 6.1 Revisión de los objetivos

A continuación, una vez finalizada la investigación revisamos la consecución o no de los objetivos que nos habíamos propuesto, así como las conclusiones derivadas.

Objetivo principal. Nuestro objetivo principal era conocer y analizar la relación entre el contexto organizativo y el *work engagement* de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias.

A partir de las contribuciones del estudio podemos constatar que el *work engagement* de los directivos participantes examinado fue positivo. De los cuatro ítems analizados en esta variable los ítems, compromiso con la misión y objetivos y orgullo de pertenencia a la organización, presentan una percepción más alta que los ítems motivación actual y satisfacción actual. En la segmentación de los DI por nivel de *work engagement* en el estudio constatamos cierta estabilidad del grupo de DI entusiastas en los cinco años con un peso relativo superior al 45% de los DI, a excepción del año 2017, donde la tipología de entusiastas disminuye quedando su peso relativo a 34 %. Sin embargo, 2 de cada 10 directivos intermedios manifestaron una percepción crítica y no se observaron cambios significativos durante los 5 años estudiados. Aunque no tenemos referencias de los niveles altos de *work engagement* de los directivos si en relación a su estabilidad temporal, a tal efecto investigadores referentes señalan en sus estudios que el *work engagement* es un estado que es relativamente estable durante periodos de tiempo largos (Schaufeli y Bakker, 2004). Adicionalmente, en la

revisión sistemática de 33 estudios de diferentes países relacionados con el compromiso organizacional de los profesionales de enfermería investigaciones específicas sugieren contemplar los factores de contexto social y económico (Vagharseyyedin, 2016).

Objetivo específico 1. Identificar los factores organizativos predictivos del *work engagement* de los directivos intermedios a partir las percepciones de los DI participantes en el estudio a partir de las dimensiones del modelo JD-R.

El diseño del estudio nos ha permitido conocer de forma segmentada los factores organizativos predictivos del *work engagement* de los DI. Para ello, nuestro punto de partida fue contemplar las dimensiones del modelo JD-R, demandas laborales y recursos laborales, excluyendo los recursos personales y pormenorizando las 20 variables dependientes analizadas en ítems concretos con un nivel de significación de ( $p < 0,001$ ). Los recursos laborales en su conjunto tienen una puntuación global de 7,39 puntos y las demandas laborales una puntuación global de 6,69 puntos. En este sentido destacamos la fiabilidad demostrada del instrumento utilizado.

Objetivo específico 2. Analizar los factores organizativos con mayor valor predictivo del *work engagement* de los directivos intermedios. El análisis de regresión, mediante el coeficiente de determinación  $R^2$ , nos permitió conocer aquellos factores organizativos con mayor valor explicativo de la variabilidad del *work engagement*. El índice global de *work engagement* presentó una relación positiva con los veinte factores organizativos gestionables analizados ( $p < 0,001$ ), determinando por cada factor y dimensión del modelo JD-R su peso relativo específico. En este sentido enumeramos y describimos cada uno de los 5 factores que tienen un peso explicativo superior al 50%. El 55 % de la variabilidad del *work engagement* se explicó con la percepción de confianza y coherencia, este factor gestionable incorporó como ítems de valoración la confianza, la aplicabilidad de los resultados de la encuesta (que se realizaran acciones de mejora en la organización), la transparencia y claridad en los criterios de promoción, un trato justo y equitativo del personal y áreas, la preocupación de la institución por la calidad de vida de los profesionales y la coherencia entre los mensajes de la dirección y la práctica. El 53 % de la variabilidad del WE se explicó con la percepción de la gestión del

centro, y los ítems contemplados en esta variable, la labor del comité de dirección, la gestión de la calidad y mejora continua del centro, la gestión de la institución des de la estrategia, la planificación y la organización, y la coordinación entre las diferentes tareas relevantes para el trabajo del directivo intermedio. El 52 % de la variabilidad de WE de los directivos intermedios se explicó con la variable imagen corporativa donde los ítems analizados son la imagen de la institución socialmente responsable con una percepción ligeramente superior y la imagen del reconocimiento del prestigio institucional. Finalmente, también en este grupo destacado de factores organizativos gestionables y mismo peso explicativo que el factor anterior, el profesionalismo, autonomía y rol profesional explicó el 52% de la variabilidad del WE de los directivos intermedios.

Subrayamos la contribución del estudio a este objetivo específico más allá de determinar exclusivamente el valor predictivo de los factores organizativos gestionables dado que los ítems del cuestionario nos aportan elementos singulares de cada factor.

Objetivo específico 3. Destacar los factores organizativos gestionables prioritarios, como factores clave para utilizar de palanca en futuras iniciativas de gestión específicas. Respondiendo a este objetivo específico los resultados del análisis multivariado identificaron 4 factores organizativos prioritarios. El 71 % de la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios se explicaba por 4 factores gestionables, todos ellos recursos laborales: confianza y coherencia, autonomía profesional (rol profesional), imagen institucional y la formación y desarrollo. Estos cuatro factores fueron estadísticamente significativos tanto en el análisis multi-variable global, como cuando se aplicaba el modelo a cada uno de los 5 años estudiados.

Podemos concluir, sin menospreciar las potenciales aportaciones para investigaciones futuras, que nuestro estudio contribuye a responder al principal objetivo del estudio y los objetivos específicos propuestos al inicio de nuestra investigación.

## 6.2 Revisión de las hipótesis

Las hipótesis de estudio que nos hemos planteado vienen derivadas de la pregunta de investigación que nos habíamos formulado al empezar esta investigación. Conocer los factores predictores que favorecen el *work engagement* de los directivos intermedios permitirá identificar potenciales iniciativas de gestión dirigidas específicamente a este colectivo.

En cuanto a las hipótesis empleadas los principales aspectos teórico-prácticos de la presente tesis doctoral son:

H1. La confianza en la gestión de las organizaciones sanitarias, es un recurso laboral relevante para fomentar el *work engagement* de los directivos intermedios.

H2. La coherencia como recurso laboral en la gestión de las organizaciones sanitarias, tiene un peso significativo en el *work engagement* de los directivos intermedios.

Los DI son exigentes en la coherencia entre los mensajes de la dirección y la práctica, el trato justo y equitativo de la dirección con el personal y las diferentes áreas de los centros, la coherencia y transparencia en las promociones y la preocupación real de la gestión sobre la calidad de vida de los profesionales. Sin considerar la relación con la variable dependiente, en nuestro estudio el factor confianza y coherencia fue el recurso laboral peor puntuado de los 14 recursos laborales estudiados, mientras el factor confianza y coherencia presentó un peso relativo del 57% de la variabilidad del *work engagement* de los DI y a su vez, resultó como uno de los cuatro factores que explicaron el 71% de la variabilidad del WE de los directivos intermedios.

En las aportaciones de la literatura se han considerado las variables confianza y coherencia explicativas del *work engagement* de médicos (Shanafelt y Noseworthy, 2017); (Perreira et al., 2018); y el WE de profesionales de enfermería; (Keyko et al., 2016), (García-Sierra, 2015), (Brady Germain y Cummings, 2010), (Wong et al., 2010). No obstante, no hemos identificado investigación específica de la vinculación del recurso laboral confianza y coherencia con el *work engagement* de directivos en organizaciones sanitarias.

Investigaciones concretas vinculan el factor confianza y coherencia como variables mediadoras del liderazgo auténtico, donde se aprecian a los líderes auténticos como “personas que han alcanzado altos niveles de autenticidad, que actúan sobre valores y creencias de forma transparente con los demás” (Avolio, Zhu, Koh, & Bhatia, 2004), mientras que determinados estudios describen adicionalmente el concepto de liderazgo auténtico de manera más general en términos de equidad y confianza (Vagharseyyedin, 2016).

Existe evidencia científica que la confianza y coherencia como variables mediadoras del liderazgo auténtico influyen de forma positiva en el *work engagement*. Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos en la literatura (Buckley, 2011), donde aporta que si los empleados confían con su líder, este tomará decisiones teniendo en cuenta los mejores intereses de los empleados y estos estarán más dispuestos a participar en sus trabajos, mientras que el estudio empírico a 280 enfermeras de cuidados intensivos de Ontario relaciona el liderazgo auténtico con el *work engagement* y la calidad asistencial. El WE del profesional se construye sobre la base de la confianza que tiene en el líder para tomar decisiones informadas y justas con respecto al trabajo.

Determinados estudios completan la perspectiva de liderazgo auténtico con la orientación de liderazgo ético (Engelbrecht et al., 2017) en un estudio con 204 profesionales de diferentes sectores completa nuestra hipótesis, vinculando al liderazgo ético y el *work engagement*. Este resultado apoya hallazgos de investigación similares en la literatura; (Den Hartog y Belschak, 2012); (Macey y Schneider, 2008). La relación positiva sustenta el trabajo de Den Hartog y Belschak (2012) quienes encontraron que el WE de los profesionales aumenta cuando perciben que sus líderes actúan de manera ética. Los líderes que promueven el comportamiento ético empoderan a los empleados brindándoles las oportunidades necesarias para que sean capaces de ejecutar sus trabajos. Los líderes éticos tratan a los empleados por igual y promueven una toma de decisiones justa y basada en principios. En el modelo de WE de Macey y Schneider (2008), los sentimientos de confianza median la relación entre el tipo de liderazgo y una faceta del *work engagement*, el *behavioural engagement*.

Aunque el liderazgo es una característica implícita de las posiciones de gestión, no ha sido objetivo explícito de nuestro estudio sin embargo se ha expuesto en el marco teórico y forma parte como recurso laboral del modelo teórico JD-R que hemos adaptado. Recuperando el marco teórico, el modelo de Christian (2011), considera que los líderes son elementos críticos del contexto de trabajo que pueden influir en cómo las personas ven su trabajo. En línea con los argumentos presentados por Kahn (1990) y Macey y Schneider (2008) Christian reafirmamos la tesis que cuando los líderes tienen expectativas claras, son justos, y reconocen el buen desempeño, tendrán efectos positivos en los valores del *work engagement* de sus empleados generando un sentido de apego al trabajo. Cuando los empleados tienen confianza en sus líderes, los primeros estarán más dispuestos a invertir su verdadero “yo” en su trabajo al experimentar una sensación de seguridad psicológica. En este sentido subyace el concepto de liderazgo transformacional, tipología de liderazgo que promueve sentimientos de pasión y de identificación con el trabajo propio de los colaboradores (Macey y Schneider, 2008).

Finalmente referenciar un estudio reciente de (Andolsek, 2018) en el ámbito de los factores explicativos de la satisfacción y *work engagement* de los médicos demuestra que doce rasgos de liderazgo relacionados con la participación, el empoderamiento, el desarrollo y la valoración de los médicos explican el 47% de la variación en la satisfacción de los médicos con la organización y el 11% de la variación en el agotamiento.

Fruto de las aportaciones de la literatura referenciada, podríamos postular lo siguiente:

El recurso laboral, confianza y coherencia, como variables definidas en el concepto liderazgo auténtico y ético de los superiores como variables dependientes tiene peso explicativo en el *work engagement* de los directivos intermedios. (Engelbrecht et al., 2017). Aunque no hemos constatado esta aportación en nuestro estudio, un líder con integridad es percibido como digno de confianza, lo que conduce a la confianza en el líder e influye en el *work engagement* de sus colaboradores. Y cuando un directivo trata de forma íntegra a su equipo las acciones son coherentes y justas.

Cuando los empleados perciben a los líderes como justos en la distribución de recompensas y el tratamiento de sus esfuerzos, aumenta la confianza en los líderes, lo



que conduce a un clima en el que los profesionales manifestaran mayor *work engagement* (Buckley, 2011);(Wong et al., 2010). Adicionalmente queremos incorporar la relación positiva que sustenta el trabajo de Den Hartog y Belschak (2012) quienes identificaron que los seguidores están altamente comprometidos con su trabajo cuando perciben que sus líderes actúan de manera ética. Los líderes que promueven el comportamiento ético empoderan a los empleados brindándoles las oportunidades necesarias para que sean capaces de ejecutar sus trabajos. Los líderes éticos tratan a los empleados por igual y promueven una toma de decisiones justa y basada en principios. Los líderes crean confianza en sus colaboradores, y el hecho de experimentar este sentimiento de confianza por parte de los colaboradores es lo que proporciona comportamientos positivos y *work engagement*.

Por lo expuesto podemos concluir que las hipótesis 1 y 2 están enlazadas y se han confirmado. En este sentido consideramos de gran interés el desarrollo de estrategias organizativas hacia la construcción de principios de cultura organizacional donde se fomenten perfiles de liderazgo auténtico y ético, como iniciativas con valor añadido para el *work engagement* de los directivos intermedios con impacto en la organización. Estos atributos y principios de cultura organizacional deberán también trasladarse a nuestro colectivo específico de estudio, los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias.

H3. Fomentar el profesionalismo y la autonomía es un factor valorado positivamente por los directivos intermedios con impacto positivo en su *work engagement*.

En el estudio, los DI expresaron una alta percepción de este recurso laboral, siendo el recurso laboral mejor puntuado de los 14 recursos laborales estudiados. Fomentar, la autonomía y el rol profesional integra variables en tres facetas: en el marco del rol profesional (como la ratificación del rol profesional, la correcta definición de las funciones y responsabilidades), en la capacidad y autonomía para la toma de decisiones, y también en el marco del profesionalismo y desarrollo profesional.

En los resultados del estudio el factor profesionalismo y autonomía fue el recurso laboral mejor puntuado de los 14 recursos laborales estudiados cuando se analizó este factor sin considerar la relación con la variable dependiente, *work engagement*. Al

mismo tiempo el factor profesionalismo, autonomía y rol explicó el 52% de la variabilidad del *work engagement* de los DI y forma parte de los cuatro recursos laborales que explicaron la variabilidad del *work engagement* de los directivos intermedios.

En el contexto sanitario la autonomía sobre el trabajo (toma de decisiones clínicas y gestión de la práctica) es uno de los parámetros más correlacionados con el concepto realización profesional de médicos y enfermeras (Olson et al., 2019); (Perreira et al., 2018); (Rinne et al., 2017); (Keyko et al., 2016); (McVicar, 2016); (Daouk-Öyry et al., 2014); (Brady Germain y Cummings, 2010); (Hayes et al., 2010).

Recuperando también en esta hipótesis el marco teórico, en el modelo de Christian (2011), la dimensión características del trabajo incluye la autonomía y el rol profesional como promotores del *work engagement*, que motivan a los trabajadores al aportar significado a su trabajo, responsabilidad y hacerlos sabedores de sus resultados. Esta línea argumental también se constata en el estudio longitudinal realizado por los autores (Salanova y Schaufeli, 2008) en el que identificó que la autonomía y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo, y el feedback, predijeron el WE al finalizar el año de estudio. La autonomía es uno de los recursos laborales destacados en el Modelo JD-R como predictores del *work engagement* (Breevaart et al., 2014).

En la aplicación del modelo JD-R en el contexto de enfermería, sobre todo por los estudios de (McVicar, 2016); (Keyko et al., 2016) y en una revisión de 28 estudios publicados destacaron la autonomía profesional (importancia de la tarea y libertad de decisión) como recursos laborales clave. Broetje et al. (2020) destacan en su revisión sistemática, también en el ámbito de enfermería, que el recurso laboral autonomía está más estrechamente alineada con la autonomía clínica donde la autoridad y la libertad en la toma de decisiones en relación a la atención clínica de los pacientes es una práctica independiente (Weston, 2008). La autonomía es considerada un recurso laboral clave para la población activa en general (Bakker y Demerouti, 2007).

Fruto también de nuestros hallazgos y las aportaciones de la literatura referenciada, podríamos postular que la evidencia científica y nuestro estudio comparten la

confirmación de nuestra hipótesis, fomentar el profesionalismo, la autonomía y el rol profesional es un factor valorado positivamente por los directivos intermedios con impacto positivo en su *work engagement*.

Kaiser (2020), en un reciente estudio aplicando el modelo de JD-R y con la participación de 489 profesionales del sector salud de Noruega, corrobora la intensa vinculación de 3 recursos laborales, la autonomía ( $\beta_{std} = 0.85$ ,  $p < .001$ ), el apoyo social ( $\beta_{std} = 0.80$ ,  $p < .001$ ) y el liderazgo ( $\beta_{std} = 0.78$ ,  $p < .001$ ) como factores determinantes del *work engagement* (y el *burnout*) y sustenta la aplicabilidad del modelo JD-R.

Por lo expuesto podemos concluir que la hipótesis 3 se ha confirmado. En este sentido consideramos que fomentar el profesionalismo y la autonomía son aspectos muy significativos para retener a los profesionales de la salud y hacer que el trabajo en el sector sanitario sea más atractivo.

H4. Las variables, presión y el personal suficiente (presión y carga de trabajo), son relevantes para los directivos intermedios, no obstante no tienen peso explicativo de su *work engagement*.

Destacamos que nuestro estudio no está focalizado ni en un análisis psicosocial ni en un estudio de clima laboral. No obstante, la dimensión organizativa del el modelo JD-R nos indica que los recursos laborales favorecen el *work engagement* y tienen un efecto catalizador de las demandas laborales. A su vez, los recursos laborales generan y potencian el WE y gracias a ello pueden generar resultados positivos para la organización. Las variables presión y personal suficiente, como demandas laborales, están presentes en los análisis de *work engagement*.

Por otra parte, la investigadora considera imprescindible identificar la influencia de las variables presión y personal en el *work engagement* de los directivos intermedios en el contexto de los retos y dificultades actuales de las organizaciones sanitarias explicitados en la primera parte de nuestro estudio.

A tal efecto, en el presente estudio, los DI expresaron una baja percepción de Las variables, presión y el personal suficiente esta demanda laboral en los 2 ítems valorados: de tiempo para realizar el trabajo y de la adecuación de la dotación de

personal del área/departamento a las necesidades. Juntamente con la retribución, el factor tiempo y personal suficiente son las dos demandas laborales con una valoración más negativa por parte de los directivos intermedios. Desde la óptica del peso explicativo de estas variables en el *work engagement* del colectivo que estudiamos, el peso explicativo se aprecia pero muy discretamente explicando sólo el 20% de esta variabilidad.

En este punto consideramos de interés recuperar también las aportaciones del marco teórico. Nos apoyamos en la descripción general de Bakker (2011), que en relación con el *work engagement*, las demandas laborales no afectan directamente al WE (como lo hacen con el *burnout*) pero moderan la relación positiva entre los recursos personales y laborales y el WE: el efecto impulsor de los recursos sobre el WE se vuelve más fuerte cuando las demandas laborales son altas. En particular, según Bakker (2014) las demandas pueden convertirse en desafíos cuando los recursos son altos, lo que genera efectos positivos a corto plazo sobre el WE. Sin embargo, los efectos a largo plazo aún podrían ser negativos debido al efecto de tensión de tales demandas. Esto agrega una capa de complejidad al modelo JD-R por el cual los recursos disponibles siempre pueden ser tan altos como sea posible, mientras que parece haber un nivel óptimo para el nivel de demandas percibidas. Los recursos se valoran más y en la medida en que las demandas son un desafío o un obstáculo (Bakker 2014).

En el sector sanitario, los recursos laborales como predictores de *stress* y *burnout* han sido motivo de múltiples estudios en los colectivos de profesionales asistenciales y también en los directivos intermedios de enfermería (Labrague et al., 2018); (Kath, Stichler, Ehrhart, & Schultze, 2013). En estas investigaciones se examinaron los factores individuales y del entorno laboral que contribuyeron a la experiencia de estrés en las direcciones intermedia en los EE. UU. en una muestra de 450 participantes, es sus hallazgos la sobrecarga de trabajo explicó el 13% de la varianza en un cuestionario de estrés laboral. A propósito de la variable sobrecarga de trabajo, mencionamos otro estudio donde participaron 95 directivos de enfermería de diferentes dispositivos de salud en Canadá para evaluar los factores que contribuyeron a sus intenciones de rotación y angustia psicológica, en los resultados identificaron la sobrecarga de trabajo,

el desequilibrio en la vida laboral, la falta de recursos y la falta de reconocimiento como contribuyentes principales (Hewko et al., 2015). Del mismo modo, en tres estudios con enfoque cualitativo también se observaron “cargas de trabajo pesadas” como la principal fuente de estrés en los directivos de enfermería. Se observó un hallazgo similar en un estudio en el Reino Unido (Kelly et al., 2016). El estrés se originó principalmente en las cargas de trabajo junto con el tratamiento de las quejas de los pacientes, la gestión de situaciones de crisis y la reubicación de servicios. En dos estudios separados en Bélgica, un aumento en las demandas laborales inherentes a su rol como directores de enfermería junto con cargas de trabajo significativas, presiones de tiempo y autoridades de decisión más bajas explicaron variaciones significativas en los niveles de estrés psicológico de estos profesionales (Adriaenssens et al., 2017). Es relevante destacar que, en esta investigación se constató que el no poder manejar las responsabilidades organizativas y las grandes cargas de trabajo administrativo causó un estrés significativo en los directivos de enfermería, y afectó significativamente en sus responsabilidades laborales básicas.

Es ampliamente conocido que la carga de trabajo, las limitaciones de tiempo y la dotación de personal de los profesionales asistenciales, médicos y enfermeras, es un tema crítico muy relevante en los últimos 10 años y aspecto de preocupación para los DI. Estos aspectos son muy relevantes para fomentar la atracción laboral del sector sanitario y promover la fidelización de los profesionales en las organizaciones sanitarias.

En nuestro estudio, las demandas laborales, las políticas de igualdad y la estabilidad laboral (cubierta por el plan de garantías de estabilidad laboral, 2017) han estado valoradas positivamente mientras que la retribución, la dotación de recursos y los beneficios sociales son demandas laborales que, aunque están sujetas a regulación en el entorno del sistema de provisión sanitaria pública de Cataluña mediante convenios colectivos acordados por los diferentes grupos de interés (patronales del sector y actores sociales), los DI manifiestan insatisfacción.

Por lo expuesto podemos concluir que la hipótesis 4 se ha confirmado.

De forma complementaria a los expuesto en el análisis de las hipótesis, destacamos que los directivos intermedios son exigentes y ponen de manifiesto la complejidad del sector sanitario y las barreras donde queda limitada su capacidad de gestión e incidencia, fenómeno descrito y estudiado de forma exhaustiva por (Hartviksen et al., 2019).

## 7 Limitaciones

La última fase de esta tesis doctoral ha estado enmarcada por los condicionantes del contexto de la epidemia sanitaria y social del COVID-19, sumados por el entorno profesional del investigador como directivo en primera persona en el entorno sanitario.

Aunque el *work engagement* de los directivos y profesionales sanitarios es probablemente una de las claves de la respuesta en este contexto, el mismo estudio incorporando información del año 2020 y con un análisis retrospectivo nos añadiría probablemente nuevas aportaciones al fenómeno del *work engagement*.

Entre las limitaciones de este estudio destacamos que al estar basado en cuestionarios auto cumplimentados los resultados reflejan la percepción y opinión de los directivos intermedios que podría ser subjetiva. También, por razones de garantizar el anonimato y confidencialidad, no siempre se recogieron algunas variables sociodemográficas, como el sexo y la antigüedad laboral, datos de los que se dispuso únicamente en alrededor del 50% de los cuestionarios.

Los valores de las puntuaciones correspondientes al año 2017 han sido notablemente inferiores en los diferentes análisis del estudio, no obstante con la información que disponemos de este período no podemos explicar estos resultados específicos.

Hubiera sido interesante comparar el modelo JD-R entre directivos intermedios de diferentes áreas de responsabilidad.

Finalmente como elementos positivos, subrayamos la confiabilidad interna del cuestionario ( $\alpha = .0974$  fue de muy adecuada), el número de participantes y el período de 5 años de estudio y el elemento más relevante, la primicia en el enfoque y sujetos de estudio.

## 8 Conclusiones

1. Los directivos intermedios desempeñan un papel clave que influye notablemente en las organizaciones y son activos imprescindibles en contextos de transformación y de crisis sanitarias, sociales y económicas.
2. La dimensión organizativa del *work engagement* de los directivos intermedios es muy notable y los recursos laborales definidos en el modelo JD-R nos permiten este *work engagement*, con un efecto catalizador de las demandas laborales. A su vez, a través de un proceso motivacional, los recursos laborales generan y potencian el *work engagement* y gracias a ello pueden generar resultados positivos para la organización.
3. El *work engagement* de los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias está influenciado por varios factores relacionados con principios de gestión. En primer lugar con el liderazgo auténtico y ético de los líderes de las instituciones (caracterizado por la coherencia y la confianza), en segundo lugar por su propia capacidad de autonomía y rol profesional y en tercer lugar por la imagen institucional desde la perspectiva del compromiso social.
4. Las organizaciones sanitarias son espacios con alta intensidad de generación de conocimiento. En este sentido, la formación y desarrollo, como factor predictivo del *work engagement* de los directivos fue identificado en cuarto lugar. Formar parte de un ambiente de aprendizaje continuado y con innovación tecnológica y de práctica asistencial la oportunidad de adquirir nuevas habilidades y la educación continua también se asoció con los niveles más altos de *work engagement* de los participantes en el estudio.
5. Los directivos intermedios expresan preocupación por la insuficiencia de recursos, fundamentalmente dotación de profesionales y la sobrecarga de trabajo y presión asistencial, y ponen de manifiesto la complejidad del sector sanitario y las barreras donde queda limitada su capacidad de gestión e incidencia.



6. La naturaleza de las cuestiones mencionadas en los puntos anteriores deben tenerse en cuenta en la planificación de estrategias basadas en la evidencia para favorecer el *work engagement* de los directivos intermedios y deben considerarse sistémicas para este colectivo más allá de acciones puntuales del departamento de recursos humanos.
7. A tal efecto hemos identificado en nuestro estudio argumentos sólidos que justifican la necesidad de avanzar en un enfoque sistémico e integral del *work engagement* de los directivos intermedios de las organizaciones sanitarias.
8. La disciplina de gestión sanitaria utiliza fundamentalmente herramientas para la monitorización de los activos tangibles, la medida de la actividad, determinados resultados clínicos, determinados resultados de salud y la medida de los costes económicos y financieros. No está orientada a gestionar los activos intangibles a todos los niveles de la organización, como el profesionalismo, la ética y el compromiso.
9. Con este fin, y considerado el valor tangible e intangible de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias de Cataluña, nuestro estudio ha aportado referentes teóricos y herramientas metodológicas que permiten a los líderes y responsables del sistema de salud actuar en iniciativas específicas alrededor de estos factores predictivos y así lograr un colectivo de directivos intermedios con valores altos de *work engagement*.
10. Finalmente concluir que reforzar el *work engagement* de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias puede contribuir en última instancia a mejorar la salud de la población atendida, a los resultados de las organizaciones sanitarias y a la salud y bienestar de los profesionales.

## 9 Futuras líneas de investigación

Aunque se ha acumulado una gran cantidad de conocimiento en las últimas dos o tres décadas sobre la naturaleza, las causas y las consecuencias del *work engagement*, las transformaciones de los sistemas de salud, la evolución de los roles de los directivos intermedios y el mundo cambiante del trabajo, continúan sugiriendo una serie de interesantes oportunidades de investigación.

A medida que avanzan las investigaciones aplicadas del *work engagement* en el contexto sanitario seguiremos aprendiendo, identificaremos nuevos retos y tendremos más capacidad de incorporar este concepto como una herramienta de gestión.

Queremos destacar algunas pistas para futuras investigaciones:

- Orientar esfuerzos en el conocimiento de los determinantes del WE de los directivos intermedios en las organizaciones sanitarias, compartir resultados y alinear buenas prácticas.
- Profundizar más en el modelo JD-R incorporando la parametrización de los determinantes organizativos singulares de las organizaciones sanitarias, diferenciando los determinantes estratégicos vinculados a la gestión y los determinantes organizativos más operativos.
- Establecer un lenguaje común en el análisis del WE y de sus componentes. La dispersión conceptual, los intereses académicos y comerciales contrapuestos, limita avanzar en la utilización de este concepto como herramienta de gestión.
- Acercar el conocimiento y los elementos de *big data* de los medios sociales de los directivos intermedios como sistema para facilitar cierta información prospectiva de sus niveles de WE.
- En último lugar, y no menos importante, consideramos inevitable investigar en la efectividad de las intervenciones fruto de las iniciativas orientadas a promover el WE de los directivos intermedios.

## Referencias

- Acosta, H., Cruz-Ortiz, V., Salanova, M., & Llorens, S. (2015). Organizaciones saludables: Analizando su significado desde el Modelo HERO. *Revista de Psicología Social*, 30(2), 323–350.  
<https://doi.org/10.1080/21711976.2015.1016751>
- Acosta, H., Torrente, P., Llorens, S., & Salanova, M. (2013). Prácticas organizacionales saludables: Un análisis exploratorio de su impacto relativo sobre el engagement con el trabajo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2, 107–120.
- Adriaenssens, J., Gucht, V. De, & Maes, S. (2012). International Journal of Nursing Studies The impact of traumatic events on emergency room nurses : Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1411–1422. Retrieved from  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Número 173. (21 de julio de 2017). páginas 63626-63630. Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud. Sección I.  
<https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2017/06/27/9>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Número 280. (22 de noviembre de 2003).. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
- Aguilera, C. (2010). Adicción al trabajo (workaholism): Patología psicosocial del siglo XXI. *Salud de Los Trabajadores*.
- Airila, A., Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2014). Work & Stress : An International Journal of Work , Health & Organisations Are job and personal resources associated with work ability 10 years later ? The mediating role of work engagement. *Work & Stress*, 28(1), 87–105.  
<https://doi.org/10.1080/02678373.2013.872208>
- Albrecht, S., Breidahl, E., & Marty, A. (2018). engagement Organizational resources , organizational engagement climate , and employee. *Career Development International*.  
<https://doi.org/10.1108/CDI-04-2017-0064>
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1–18.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506>

- Ancarani, A., Mauro, C. Di, & Giammanco, M. D. (2018). Linking Organizational Climate to Work engagement: A Study in the Healthcare Sector. *International Journal of Public Administration*, 00(00), 1–11.  
<https://doi.org/10.1080/01900692.2018.1491595>
- Andolsek, K. M. (2018). Physician Well-Being: Organizational Strategies for Physician Burnout. *FP Essentials*, 471, 20–24. Retrieved from  
<http://europepmc.org/abstract/MED/30107106>
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., & Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 265–272.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x>
- Avolio, B. J., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004). Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behavior*, 25(1), 951–968.  
<https://doi.org/10.1002/job.283> Transformational
- Babcock-Roberson, M. E., & Strickland, O. J. (2010). The relationship between charismatic leadership, work engagement, and organizational citizenship behaviors. *The Journal of Psychology*, 144(3), 313–326.
- Bakker, Arnold B. (2015). Towards a multilevel approach of employee well-being. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(6), 839–843.  
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2015.1071423>
- Bakker, Arnold B., & Albrecht, S. (2018). Work engagement: current trends. *Career Development International*, 23(1), 4–11.  
<https://doi.org/10.1108/CDI-11-2017-0207>
- Bakker, Arnold B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.  
<https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, Arnold B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, Arnold B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work engagement: The JD–R Approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1(March), 389–411.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Xanthopoulou, S. (2011). ¿Cómo los empleados mantienen su engagement en el trabajo? *Ciencia Trabajo*, 13(41), 135–142.

- Bakker, Arnold B., & Leiter, M. P. (2010). Where to go from here: Integration and future research on work engagement. *Work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*, 181–196.  
<https://doi.org/10.4324/9780203853047>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 29(3), 107–115.  
<https://doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Bakker, Arnold B., & Rodríguez-Muñoz, A. (2013). Engagement En El Trabajo. *Salud Laboral: Riesgos Laborales Psicosociales y Bienestar Laboral*. Retrieved from [http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles\\_arnold\\_bakker\\_320.pdf](http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_320.pdf)
- Bakker, Arnold B, Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement : An emerging concept in occupational health psychology, 22(3), 187–200.  
<https://doi.org/10.1080/02678370802393649>
- Bennett, C. L., James, A. H., & Kelly, D. (2020). Beyond tropes: Towards a new image of nursing in the wake of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2753–2755.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15346>
- Berg, J. M., Dutton, J. E., & Wrzesniewski, A. (2013). Job crafting and meaningful work. (& M. F. S. (Eds. . In B. J. Dik, Z. S. Byrne, Ed.), *American Psychological Association*. Washington.  
<https://doi.org/doi.org/10.1037/14183-005>
- Bersin, J. (Bersin by D., Geller, J. (Deloitte C. L., Wakefield, N. (Deloitte C. P. L., & Walsh, B. (Deloitte M. L. (2015). *Global human capital trends 2015*. Deloitte University Press, 112.  
<https://doi.org/http://www2.deloitte.com/us/en/pages/human-capital/articles/employee-engagement-culture-human-capital-trends-2015.html>
- Berwick, D. M. (2017). Avoiding overuse—the next quality frontier. *The Lancet*, 390(10090), 102–104.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3)
- Bhattacharya, C. B., Sen, S., & Korschun, D. (2008). Using corporate social responsibility to win the war for talent. *MIT Sloan Management Review*, 49(2), 37–44.
- Birken, S.a., Lee, S. Y. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., & Schaefer, C. T. (2013). Implementation : Middle Managers as Change Agents. *Med Care Res Rev*, 70(1), 29–45. <https://doi.org/10.1177/1077558712457427.Improving>

- Birken, Sarah, Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., ... Charns, M. (2018). Middle managers ' role in implementing evidence-based practices in healthcare : a systematic review. *BMJ Open*, 13, 1–14.  
<https://doi.org/doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Bowie, P., McNab, D., Ferguson, J., de Wet, C., Smith, G., MacLeod, M., ... White, C. (2015). Quality improvement and person-centredness: a participatory mixed methods study to develop the “always event” concept for primary care. *BMJ Open*, 5(4), e006667.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006667>
- Brady Germain, P., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 425–439.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x>
- Breevaart, K., Bakker, A., Hetland, J., Demerouti, E., Olsen, O. K., & Espevik, R. (2014). Daily transactional and transformational leadership and daily employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1), 138–157.  
<https://doi.org/10.1111/joop.12041>
- Breevaart K., & Bakker A.B. (2017). Journal of Occupational Health Daily Job Demands and Employee Work engagement : The Role of Daily Transformational Leadership Behavior. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(3), 338–349.  
<https://doi.org/10.1037/ocp0000082>
- Broetje, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2020). The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews. *Frontiers in Psychology*, 11(January).  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00084>
- Buckley, F. (2011). Trust and engagement in a downsizing context: The impact on human resource managers. *Trust and Human Resource Management*, (January 2011), 309–329.  
<https://doi.org/10.4337/9780857932006.00028>
- Buonomo, I., Benevene, P., Barbieri, B., & Cortini, M. (2020). Intangible Assets and Performance in Nonprofit Organizations:A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 11(May), 1–9.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00729>
- Carnicero, R., Rojas, D., Elicegui, I., & Carnicero, J. (2019). Proposal of a learning health system to transform the National Health System of Spain. *Processes*, 7(9).  
<https://doi.org/10.3390/pr7090613>

- Chen, Berman, & Yang. (2017). Middle Managers' Upward Roles in the Public Sector Journal: Administration & Society.
- Christian, M. S. (2011). WORK ENGAGEMENT : A QUANTITATIVE REVIEW AND TEST OF ITS RELATIONS WITH TASK AND CONTEXTUAL PERFORMANCE. *Personnel Psychology*, 64, 89–136.
- Cohn, S. (2014). From health behaviours to health practices: An introduction. *Sociology of Health and Illness*, 36(2), 157–162.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12140>
- Costa, P. L., Passos, A. M., & Bakker, A. B. (2015). Direct and Contextual Influence of Team Conflict on Team Resources, Team Work engagement, and Team Performance. *Negotiation and Conflict Management Research*, 8(4), 211–227.  
<https://doi.org/10.1111/ncmr.12061>
- Daouk-Öyry, L., Anouze, A. L., Otaki, F., Dumit, N. Y., & Osman, I. (2014). The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 93–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.018>
- Davidson SJ. (2010). Complex responsive processes: a new lens for leadership in twenty-first-century health care. *Nurs Forum*, 45(2), 108–117.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00171.x>
- Del Llano Señarís, J. E., & De Guillerna, R. M. (1999). Asistencia sanitaria basada en la evidencia. *Medicina Clinica*, 112(SUPPL. 1), 90–96.
- Demerouti, E. , Nachreiner, F., Bakker, A.B., Schaufeli, W. B. (2001). Articles\_Arnold\_Bakker\_69.Pdf. *Journal of Applied Psychology*.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands? Resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 1–9.  
<https://doi.org/10.4102/sajip.v37i2.974>
- Den Hartog, D. N., & Belschak, F. D. (2012). When does transformational leadership enhance employee proactive behavior? The role of autonomy and role breadth self-efficacy. *Journal of Applied Psychology*, 97(1), 194–202.  
<https://doi.org/10.1037/a0024903>
- Diener, E., Ng, W., Harter, J., & Arora, R. (2010). Wealth and Happiness Across the World: Material Prosperity Predicts Life Evaluation, Whereas Psychosocial Prosperity Predicts Positive Feeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(1), 52–61.  
<https://doi.org/10.1037/a0018066>

- Di Stefano, G., & Gaudiino, M. (2019). Workaholism and work engagement: how are they similar? How are they different? A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(3), 329–347.  
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1590337>
- Duffield, C., Gardner, G., Doubrovsky, A., & Wise, S. (2019). Manager, clinician or both? Nurse managers' engagement in clinical care activities. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1538–1545.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12841>
- Durrani, H. (2016). Healthcare and healthcare systems: inspiring progress and future prospects. *MHealth*, 2(January), 3.  
<https://doi.org/10.3978/j.issn.2306-9740.2016.01.03>
- Egener BE, Mason DJ, McDonald WJ, Okun S, Gaines ME, Fleming DA, Rosof BM, Gullen D, Andresen ML. The Charter on Professionalism for Health Care Organizations. *Acad Med*. 2017 Aug;92(8):1091-1099.
- Engelbrecht, A. S., Heine, G., & Mahembe, B. (2017). Integrity, ethical leadership, trust and work engagement. *Leadership and Organization Development Journal*, 38(3), 368–379.  
<https://doi.org/10.1108/LODJ-11-2015-0237>
- Engle, R. L., Lopez, E. R., Gormley, K. E., Chan, J. A., Charms, M. P., & Van Deusen Lukas, C. (2017). What roles do middle managers play in implementation of innovative practices? *Health Care Management Review*, 42(1), 14–27.  
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000090>
- Epstein Julia, M. J. et al. (2018). The Rise of the Social: 2018 Deloitte Global Human Capital Trends. Deloitte University Press.  
<https://doi.org/10.1057/9781137301260.0011>
- Erra, J. (2018). Les organitzacions sanitàries: visió holística i reptes de futur. *Referent*, 17, 12–19.
- Freeney, Y. (2013). Work engagement, job design and the role of the social context at work: Exploring antecedents from a relational perspective. *Humans Relations*, 66(11), 1427–1445.  
<https://doi.org/10.1177/0018726713478245>
- Freeney, Yseult, & Fellenz, M. R. (2013). Work engagement as a key driver of quality of care: a study with midwives. *Journal of Health Organization and Management*, 27(3), 330–349.  
<https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2012-0192>



- Gagné, M., Dubois, C., Homme, A. P., Borgès, R., & Silva, D. (2019). A cross-sectional study on workplace experience : a survey of nurses in Quebec , Canada. *Human Resources for Health*, 4, 1–11.  
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0358-4>
- Gallup. (2018). Designing Your Organization’s Employee Experience, 1–13. Retrieved from [https://www.gallup.com/workplace/242240/employee-experience-perspective-paper.aspx?utm\\_source=workplace-newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=WorkplaceNewsletter\\_November\\_110618&utm\\_content=download-CTA-6&elqTrackId=646DDE56B55B5E3FAC0C6C74BE874415&elq](https://www.gallup.com/workplace/242240/employee-experience-perspective-paper.aspx?utm_source=workplace-newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=WorkplaceNewsletter_November_110618&utm_content=download-CTA-6&elqTrackId=646DDE56B55B5E3FAC0C6C74BE874415&elq)
- García-Sierra, R. (2015). Work engagement in nursing : an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- Gawke, J. C., Gorgievski, M. J., & Bakker, A. B. (2017). Employee intrapreneurship and work engagement: A latent change score approach. *Journal of Vocational Behavior*, 100, 88–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.03.002>
- Gil-Girbau Maria Emília (21/05/2020). Societat Catalana de Gestió Sanitària.  
<http://scgs.cat/el-compromis-dels-professionals-de-la-salut-gresol-del-covid19/>.  
<http://scgs.cat/el-compromiso-de-los-profesionales-de-la-salud-crisol-del-covid19/?lang=es>
- Global, D., & Capital, H. (2019). Leading the social enterprise : Reinvent with a human focus.
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 165–174.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.01.003>
- Griffin, M. A., Parker, S. K., & Neil, A. (2007). A NEW MODEL OF WORK ROLE PERFORMANCE : POSITIVE BEHAVIOR IN UNCERTAIN AND INTERDEPENDENT CONTEXTS The University of Queensland. *Academy of Management Journal*, 50(2), 327–347.
- Gullery, C., & Hamilton, G. (2015). Towards integrated person-centred healthcare – the Canterbury journey. *Future Hospital Journal*, 2(2), 111–116.  
<https://doi.org/10.7861/futurehosp.2-2-111>

- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior & Human Performance*, 16(2), 250–279.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Hallberg, U. E., Johansson, G., & Schaufeli, W. B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*.  
<https://doi.org/doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00584.x>
- Hallberg, U. E., & Schaufeli, W. B. (2006). “ Same Same ” But Different ? Can Work engagement Be Discriminated from Job Involvement and Organizational Commitment ? *European Journal of Psychology*, 11(2), 119–127.  
<https://doi.org/10.1027/1016-9040.11.2.119>
- Halter, M., Pelone, F., Boiko, O., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., ... Drennan, V. (2017). Interventions to Reduce Adult Nursing Turnover: A Systematic Review of Systematic Reviews. *The Open Nursing Journal*, 11(1), 108–123.  
<https://doi.org/10.2174/1874434601711010108>
- Hartviksen, T. A., Aspfors, J., & Uhrenfeldt, L. (2019). Healthcare middle managers’ experiences of developing capacity and capability : a systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 1, 1–19.
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors Contributing to Nurse Job Satisfaction in the Acute Hospital Setting: A Review of Recent Literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804–814.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>.
- HealthfirstEurope. (2019). Profiling the european health workforce of tomorrow. Bruxelles.
- Hershatte, A., & Epstein, M. (2010). Millennials and the World of Work: An Organization and Management Perspective. *Journal of Business and Psychology*, 25(2), 211–223.  
<https://doi.org/10.1007/s10869-010-9160-y>
- Hewko, S. J., Brown, P., Fraser, K. D., Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2015). Factors influencing nurse managers’ intent to stay or leave: a quantitative analysis. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1058–1066.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12252>
- Holtom, B. C., Mitchell, T. R., Lee, T. W., & Eberly, M. B. (2008). 5 Turnover and Retention Research: A Glance at the Past, a Closer Review of the Present, and a Venture into the Future. *The Academy of Management Annals*, 2(1), 231–274.  
<https://doi.org/10.1080/19416520802211552>

- Huy, Q. N. (2001). In praise of middle managers. *Harvard Business Review*, 79.
- Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 1–3.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15257>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724.  
<https://doi.org/10.5465/256287>
- Kaiser, S., Patras, J., Adolfsen, F., Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2020). Using the Job Demands–Resources Model to Evaluate Work-Related Outcomes Among Norwegian Health Care Workers. *SAGE Open*, 10(3).  
<https://doi.org/10.1177/2158244020947436>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.  
<https://doi.org/doi:10.2307/2392498>
- Kath, L. M., Stichler, J. F., Ehrhart, M. G., & Schultze, T. A. (2013). Predictors and Outcomes of Nurse Leader Job Stress Experienced by AWHONN Members. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(1), E12–E25. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01430.x>
- Kelly, D., Lankshear, A., & Jones, A. (2016). Stress and resilience in a post-Francis world - a qualitative study of executive nurse directors. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 3160–3168. <https://doi.org/10.1111/jan.13086>
- Kerr, R., McHugh, M., & McCrory, M. (2009). *HSE Management Standards and stress-related work outcomes*. Occupational Medicine. Kerr, Robert: Ulster Business School, University of Ulster, Newtownabbey, United Kingdom, BT37 0QB, rl.kerr@ulster.ac.uk: Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqp146>
- Keyko, K., Cummings, G. G., Yonge, O., & Wong, C. A. (2016). Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 142–164.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.003>
- Kim, W., Kim, J., Woo, H., Park, J., Jo, J., Park, S.-H., & Lim, S. Y. (2017). The Relationship Between Work Engagement and Organizational Commitment: Proposing Research Agendas Through a Review of Empirical Literature. *Human Resource Development Review*, 16(4), 350–376.  
<https://doi.org/10.1177/1534484317725967>
- King, E. B., Tonidandel, S., Cortina, J. M., & Fink, A. A. (2015). *Building understanding of the data science revolution and I-O psychology*. (Routledge, Ed.). New York.

- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(6), 438–449.  
<https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1346–1359.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14165>
- Laloux, F. (2014). *Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage in Human Consciousness*. (Nelson Parker, Ed.). Brussels.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Lepistö, S., Alanen, S., Aalto, P., Järvinen, P., Leino, K., Mattila, E., & Kaunonen, M. (2018). Healthcare professionals' work engagement in Finnish university hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 979–986.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12538>
- Lesener, T. (2019). The drivers of work engagement: A meta-analytic review of longitudinal evidence. *Work & Stress*.  
<https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1686440>
- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., & Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23(1), 825–841.  
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.11.012>
- Lloyd, K. J., Boer, D., Keller, J. W., & Voelpel, S. (2015). Is My Boss Really Listening to Me? The Impact of Perceived Supervisor Listening on Emotional Exhaustion, Turnover Intention, and Organizational Citizenship Behavior. *Journal of Business Ethics*, 130(3), 509–524.  
<https://doi.org/10.1007/s10551-014-2242-4>
- Lopez-Casasnovas, G., & Casanova Roca, M. (2020). *La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança*. (CRES-UPF, Ed.) (Primera). Barcelona: Profit Editorial, S.L.2020.
- Lowe, G. (2012). The Relationship Between Employee Engagement and Human Capital Performance. *Engagement-Human Capital Performance Report* (Ontario Hospital Association), (September), 26.

- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541–572.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
- Macey, W. H., & Schneider, B. (2008). The Meaning of Employee Engagement. *Industrial and Organizational Psychology*, 1(January), 3–30.  
<https://doi.org/10.1111/j.1754-9434.2007.0002.x>
- Maguire, D., Evans, H., Honeyman, M., & Omojonolo, D. (2018). Digital change in health and social care. *Journal of Nursing Management*.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00605.x>
- Manteca, A. J., & Duran, M. A. (2013). Engagement en profesionales de la acción social. *Documentos de Trabajo Social* , 51, 45–68.
- Martens, C. (2018). A RESEARCH ON ROLE CONFLICT AND COMMITMENT OF MIDDLE MANAGERS IN.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99–113.  
[https://doi.org/10.1142/9789814295550\\_0012](https://doi.org/10.1142/9789814295550_0012)
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout, 397–422.
- May, D. R., Gilson, R. L., & Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. May, Douglas R.: Program in Business, Ethics, and Society, Department of Management, University of Nebraska, Lincoln, NE, US, 68588-0491, dmay1@unl.edu: British Psychological Society.  
<https://doi.org/10.1348/096317904322915892>
- Mcmurphy, D., & Consulting, D. M. (2019). Evidence Synthesis : Strategies and Approaches to Enhance Family Physician Evidence Synthesis : Strategies and Approaches to Enhance Family Physician Engagement Dale McMurphy.
- McVicar, A. (2016). Scoping the Common Antecedents of Job Stress and Job Satisfaction for Nurses (2000-2013) Using the Job Demands-Resources Model of StressNo Title. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 112–136.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12326>

- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In Handbook of work and organizational: Work psychology, Vol. 2, 2nd ed. (pp. 5–33). Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Meyer, J.P., & Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace: Theory, research, and application. SAGE publications.
- Meyer, John P, Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. The Journal of Applied Psychology, 89(6), 991–1007.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.991>
- Mintzberg, H. (1975). The Manager's Job: Folklore and Fact. Harvard Business Review, 1–31.
- Mone, E. (2018). Employee Engagement Through Effective.
- Myers, K. K., & Sadaghiani, K. (2010). Millennials in the workplace: A communication perspective on millennials' organizational relationships and performance. Journal of Business and Psychology, 25(2), 225–238.  
<https://doi.org/10.1007/s10869-010-9172-7>
- Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J., & Brenner, S. O. (2008). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. Work and Stress, 22(1), 16–32.  
<https://doi.org/10.1080/02678370801979430>
- OECD. (2019). European Observatory on Health Systems and Policies, España: Perfil sanitario nacional 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1787/2a8a83c8-es>.
- Olson, K., Marchalik, D., Farley, H., Dean, S. M., Lawrence, E. C., Hamidi, M. S., ... Stewart, M. T. (2019). Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 49(12), 100664.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100664>
- Organization, W. H. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Who, 64.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Orth, M., & Volmer, J. (2017). Daily within-person effects of job autonomy and work engagement on innovative behaviour: The cross-level moderating role of creative self-efficacy. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(4), 601–612.  
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1332042>
- Ortun, V. (1999). ¿Conocimiento para gestionar? *Gest Clin San*, 1(1), 5–6.
- Ortun, V. (2010). El buen gobierno sanitario. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S* (Vol. 24).  
<https://doi.org/10.1590/S0213-91112010000400020>
- Pannick, S., Sevdalis, N., & Athanasiou, T. (2016). Beyond clinical engagement: A pragmatic model for quality improvement interventions, aligning clinical and managerial priorities. *BMJ Quality and Safety*, 25(9), 716–725.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004453>
- Peiró S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar [If you find yourself in a hole the first thing to do is stop digging]. *Aten Primaria*. 2012 Dec;44(12):691-4.
- Perreira, T., Perrier, L., Prokopy, M., & Jonker, A. (2018). Physician engagement in hospitals : a scoping review protocol. *BMJ Open*, 8, 1–4.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018837>
- Perrier, L., Prokopy, M., Neves-mera, L., & Persaud, D. D. (2019). Physician engagement : a concept analysis. *Journal of Healthcare Leadership*, 11, 101–113.
- Ployhart, R. E., & Turner, S. F. (2014). Organizational adaptability. (D. in Chan, Ed.). New York: Routledge.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. [Article 1 in series of 4]. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7313), 625–628. Retrieved from  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121189/pdf/625.pdf%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11557716>
- Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F., & Krystallidou, D. (2018). Healthcare teams as complex adaptive systems: Understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–13.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3392-3>
- Quenon, J. L., Vacher, A., Faget, M., Faget, M., Levif-Lecourt, M., Roberts, T., ... Pourin, C. (2020). Exploring the role of managers in the development of a safety culture in seven French healthcare facilities: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05331-1>

- Rauch, A., & Frese, M. (2000). Psychological approaches to entrepreneurial success: A general model and an overview of findings. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 15.
- Ravalier, J. M., McVicar, A., & Munn-Giddings, C. (2013). The management standards indicator tool and evaluation of burnout. *Occupational Medicine*, 63(2), 145–147.  
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqs217>
- Reina-Tamayo, A. M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2017). Episodic demands, resources, and engagement: An experience-sampling study. *Journal of Personnel Psychology*, 16(3), 125–136.  
<https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000177>
- Reina, C. S., Rogers, K. M., Peterson, S. J., Byron, K., & Hom, P. W. (2018). Quitting the Boss ? The Role of Manager Influence Tactics and Employee Emotional Engagement in Voluntary Turnover. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 25(1), 5–18.  
<https://doi.org/10.1177/1548051817709007>
- Rider, E.A., Comeau M., Truog R.D, Boyer K., Meyer E.C.. Identifying intangible assets in interprofessional healthcare organizations: feasibility of an asset inventory. *J Interprof Care*. 2019 Sep-Oct;33(5):583-586.  
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1544118> Epub 2018 Nov 11. PMID: 30415591
- Rinne, S. T., Rinne, T. J., Olsen, K., Balcezak, T. J., Wiener, R. S., Dardani, W., & Elwy, A. R. (2017). Hospital Administrators' Perspectives on Physician Engagement: A Qualitative Study. *Journal of Hospital Medicine*.  
<https://doi.org/10.12788/jhm.2880>
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement.  
<https://doi.org/10.1108/02683940610690169>
- Salanova, Marisa, Agut, S., & Peiró, J. M. (2005). Linking Organizational Resources and Work engagement to Employee Performance and Customer Loyalty : The Mediation of Service Climate, 90(6), 1217–1227.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>
- Salanova, Marisa, & Llorens, S. (2008). Sobre el concepto de Burnout: su estado actual. *Papeles Del Psicologo*, 29(1), 59–67.
- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behaviour. *International Journal of Human Resource Management*, 19(1), 116–131.  
<https://doi.org/10.1080/09585190701763982>



- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2009). El engagement en el trabajo: Cuando el trabajo se convierte en pasión. Madrid: Alianza Editorial.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A 'how to' guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132.  
<https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315.  
<https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness ....*  
Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1015630930326>
- Schaufeli, Wilmar B; Salanova, M. (2014). Burnout , Boredom and Engagement in the Workplace. In J. de J. and T. W. T. Maria C.W.Peters (Ed.), *An Introduction to Contemporary Work Psychology* (First Edit, p. 28). John Wiley and Sons.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*, 57(2), 173–203.  
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. In *American Psychologist* (Vol. 55, pp. 5–14).  
<https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.5>
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Sherman, R. (2014). Leading generation Y nurses. *Nurse Leader*, 12, 28–30.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Industrial Health*, 47(5), 495–502.  
<https://doi.org/10.2486/indhealth.47.495>

- Sorensen, G., Sparer, E., Williams, J. A. R., Gundersen, D., Boden, L. I., Dennerlein, J. T., ... Revette, A. (2019). Measuring best practices for workplace safety, health and wellbeing: the workplace integrated safety and health assessment. *J Occup Environ Med*, 60(5), 430–439.  
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001286>.Measuring
- Soukup, T., Lamb, B. W., Arora, S., Darzi, A., Sevdalis, N., & Green, J. S. A. (2018). Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: An overview and synthesis of the available literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 49–61.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S117945>
- Spector, N. D., Cull, W., Daniels, S. R., Gilhooly, J., Hall, J., Horn, I., ... Stanton, B. F. (2014). Gender and generational influences on the pediatric workforce and practice. *Pediatrics*, 133(6), 1112–1121.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-3016>
- Tadić, M., Bakker, A. B., & Oerlemans, W. G. M. (2015). Challenge versus hindrance job demands and well-being: A diary study on the moderating role of job resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(4), 702–725.  
<https://doi.org/10.1111/joop.12094>
- Tafvelin, S., Schwarz, U. V. T., & Nielsen, K. (2019). Employees' and line managers' active involvement in participatory organizational interventions : Examining direct , reversed , and reciprocal effects on well - being. *Stress and Health*, 35(September 2018), 69–80.  
<https://doi.org/10.1002/smi.2841>
- Taris, T. W., Ybema, J. F., & Beek, I. van. (2017). Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives? *Burnout Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.002>
- Tefera CA, Hunsaker WD. Intangible assets and organizational citizenship behavior: A conceptual model. *Heliyon*. 2020 Jul 24;6(7):e04497.  
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04497> PMID: 32743100; PMCID: PMC7385458.
- Tims, M., Bakker, A. B., Derks, D., & van Rhenen, W. (2013). Job Crafting at the Team and Individual Level: Implications for Work engagement and Performance. *Group & Organization Management*, 38(4), 427–454.  
<https://doi.org/10.1177/1059601113492421>

- Tims, M., Bakker, A. B., & Xanthopoulou, D. (2011). Do transformational leaders enhance their followers' daily work engagement? *Leadership Quarterly*, 22(1), 121–131.  
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.12.011>
- Topol, E. (2019). The Topol Review – NHS Health Education England. Retrieved from <https://topol.hee.nhs.uk/>
- Tsourvakas, G., & Yfantidou, I. (2018). Corporate social responsibility influences employee engagement. *Social Responsibility Journal*, 14(1), 123–137.  
<https://doi.org/10.1108/SRJ-09-2016-0153>
- Tziner, A., & Tanami, M. (2013). Examining the links between attachment, perfectionism, and job motivation potential with job engagement and workaholism. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones* -2000, 29(2), 65–74.  
<https://doi.org/10.5093/tr2013a10>
- Union Europea. Directiva marco sobre salud y seguridad en el trabajo (Directiva 89/391 CEE) de 12 de junio de 1989.  
<https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1>
- Vagharseyyedin, S. (2016). An integrative review of literature on determinants of nurses' organizational commitment. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), 107.  
<https://doi.org/10.4103/1735-9066.178224>
- West, M. A. (2012). Employee engagement and NHS performance. The Kings Fund.  
<https://doi.org/10.1007/s40267-014-0158-9>
- Weston, M. (2008). Defining Control Over Nursing Practice and Autonomy. *The Journal of Nursing Administration*, 38(9), 404–408.  
<https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000323960.29544.e5>
- Wong, C. A., Laschinger, H. K., & Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 889–900.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01113.x>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

- Wooldridge, B., Schmid, T., & Floyd, S. W. (2008). The middle management perspective on strategy process: Contributions, synthesis, and future research. *Journal of Management* (Vol. 34).  
<https://doi.org/10.1177/0149206308324326>
- Wright, P. M., & C., M. G. (1992). Theoretical Perspectives for Strategic Human Resource Management. *Journal of Management*, (June 1), 295–320.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121–141.  
<https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009). Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(1), 183–200. <https://doi.org/10.1348/096317908X285633>
- Yang S, Huang H, Qiu T, Tian F, Gu Z, Gao X, Wu H. Psychological Capital Mediates the Association Between Perceived Organizational Support and Work Engagement Among Chinese Doctors. *Front Public Health*. 2020 May 22;8:149.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00149>. PMID: 32528918; PMCID: PMC7256625
- Zjadwicz, K., White, D., Bouchal, S. R., & Reilly, S. (2016). Middle managers' role in quality improvement project implementation, are we all on the same page? – A review of current literature. *Safety in Health*, 2(1), 1–7.  
<https://doi.org/10.1186/s40886-016-0018-5>

## Anexos

Anexo 1.	Secciones, variables e ítems del cuestionario	137
Anexo 2.	Cuestionario Meyer y Allen (1990)	139
Anexo 3.	Comparativa de las variables independientes del estudio	140

**Anexo1.** Secciones, variables e ítems del cuestionario

<b>Secciones y variables</b>
<b>Sección I. Indicador global de <i>work engagement</i> con la institución donde se trabaja.</b> 1. Sentimiento de compromiso personal con la misión, la visión y los objetivos estratégicos. 2. Orgullo de pertenencia a la institución. 3. Motivación. 4. Satisfacción como profesional de la institución.
<b>RECURSOS LABORALES</b>
<b>Sección II. Profesionalismo, autonomía y rol profesional.</b> 1. Disfrute y adecuación a las propias capacidades y preferencias. 2. Puedo desarrollarme y aprender. 3. Puedo ser yo mismo. 4. Recibo reconocimiento de los pacientes. 5. Funciones y responsabilidades claras y bien definidas. 6. Mi participación es adecuada en la organización de mi trabajo. 7. Dispongo de autonomía y capacidad de decisión. 8. Las demandas son claras (sin órdenes contradictorias).
<b>Sección III. Estabilidad laboral</b> 1. Puesto de trabajo estable y seguro.
<b>Sección IV. Equipo (ambiente y compañeros)</b> 1. Reconocimiento recibido de los compañeros. 2. Apoyo y colaboración en el equipo de trabajo.
<b>Sección V. Imagen corporativa</b> 1. Institución socialmente responsable. 2. Institución de reconocido prestigio.
<b>Sección VI. Formación y desarrollo</b> 1. Tengo acceso a una formación adecuada a mis necesidades o expectativas. 2. La institución me ofrece posibilidades de desarrollo.
<b>Sección VII. Comunicación interna</b> 1. Conocimiento sobre objetivos, planes y resultados de mi área/departamento. 2. Acceso a la información necesaria para trabajar bien. 3. Conocimiento sobre la estrategia, objetivos y resultados de la institución.
<b>Sección VIII. Dirección y apoyo del jefe inmediato</b> 1. Es una persona íntegra y coherente. Es ejemplar. 2. Posibilidad de expresar al jefe inmediato preocupaciones o intereses. 3. Claridad y exigencia sobre los objetivos y resultados de mi trabajo. 4. Defiende al equipo ante problemas y dificultades: comparte éxitos y asume errores. 5. Liderazgo del jefe inmediato. 6. Reconocimiento recibido del responsable directo. 7. Planificación y organización de los procesos de trabajo del área/departamento. 8. Me informa sobre mi trabajo y cómo mejorarlo.
<b>Sección IX. Calidad asistencial y de trato (pacientes, usuarios...)</b> 1. Calidad asistencial ofrecida: profesionalidad, trato humano,... 2. Agilidad en los tiempos de respuesta: colas, demoras en la atención,...
<b>Sección X. Dirección del nivel superior al jefe inmediato</b> 1. Valoración de la labor de dirección de personas. 2. Reconocimiento recibido de los niveles superiores al responsable directo.
<b>Sección XI. Selección y acogida</b> 1. Selección del perfil adecuado de profesionales para las necesidades organizativas. 2. Gestión de la acogida e integración de las nuevas incorporaciones.
<b>Sección XII. Entorno de trabajo y medios</b> 1. Adecuado confort del espacio físico de trabajo (mobiliario, instalaciones, ruidos,...) 2. Calidad de recursos y medios materiales, técnicos e informáticos.
<b>Sección XIII. Apoyo institucional a los jefes</b> 1. Apoyo del equipo de colaboradores directos (saber que “se puede contar con ellos”) 2. Apoyo institucional en mi tarea como responsable.

3. Ambiente de confianza y colaboración entre responsables.
<b>Sección XIV. Gestión del centro</b>
1. Labor del comité de dirección.
2. Gestión de la calidad y mejora continua.
3. Gestión de la institución (estrategia, planificación, organización,...)
4. Coordinación entre las diferentes áreas relevantes para mi trabajo
<b>Sección XV. Confianza y coherencia</b>
1. Confianza en que tras esta encuesta se realizarán acciones de mejora.
2. Los criterios de promoción son claros y coherentes.
3. El personal y las áreas reciben un trato justo y equitativo (sin favoritismo ni discriminación)
4. Preocupación de la institución por la calidad de vida de los profesionales.
5. Coherencia entre mensajes de la dirección y la práctica
<b>DEMANDAS LABORALES</b>
<b>Sección XVI. Políticas de igualdad.</b>
1. Existe igualdad entre hombres y mujeres en el trato y desarrollo profesional.
<b>Sección XVII. Horario y conciliación</b>
1. Posibilidad de elegir periodos de vacaciones.
2. Horario y equilibrio vida personal y profesional.
<b>Sección XVIII. Prevención de riesgos laborales</b>
1. Medidas y medios para garantizar la salud y seguridad en el trabajo.
2. Apoyo institucional ante las agresiones físicas o verbales en el trabajo.
<b>Sección XIX. Beneficios sociales</b>
1. Satisfacción con los beneficios sociales.
<b>Sección XX. Tiempo y personal suficiente (presión y carga de trabajo)</b>
1. Disponibilidad de tiempo para realizar el trabajo.
2. Adecuación de la dotación de personal del área/departamento a las necesidades.
<b>Sección XXI. Retribución</b>
1. Satisfacción con el equilibrio entre salario, esfuerzo y responsabilidades.

## Anexo 2. Cuestionario Meyer y Allen (1990)

This questionnaire is composed, in its full length, of 24 items, eight items in each of the following claimed dimension: affective commitment scale (ACS), continuance commitment scale (CCS) and normative commitment scale (NCS). It also has a shortened version with six items per dimension:

### Affective Commitment Scale Items (ACS):

1. I would be very happy to spend the rest of my career in this organization.
2. I really feel as if this organization's problems are my own.
3. I do not feel like "part of my family" at this organization (R).
4. I do not feel "emotionally attached" to this organization (R).
5. This organization has a great deal of personal meaning for me.
6. I do not feel a strong sense of belonging to this organization (R).

### Continuance Commitment Scale Items (CCS):

1. It would be very hard for me to leave my job at this organization right now even if I wanted to.
2. Too much of my life would be disrupted if I leave my organization.
3. Right now, staying with my job at this organization is a matter of necessity as much as desire.
4. I believe I have too few options to consider leaving this organization.
5. One of the few negative consequences of leaving my job at this organization would be the scarcity of available alternatives elsewhere.
6. One of the major reasons I continue to work for this organization is that leaving would require considerable personal sacrifice.

### Normative Commitment Scale Items (NCS):

1. I do not feel any obligation to remain with my organization (R).
2. Even if it were to my advantage, I do not feel it would be right to
3. I would feel guilty if I left this organization now.
4. This organization deserves my loyalty.
5. I would not leave my organization right now because of my sense of obligation to it.
6. I owe a great deal to this organization.



**Anexo 3.** Comparativa de las variables independientes del estudio (a partir de las dos referencias teóricas, Modelo JD-R y Energy Compass © y el modelo propuesto en la Figura 5)

*Demandas laborales: categorización de variables*

DEMANDAS LABORALES		
<i>Modelo JD-R(2)</i>	<i>Energy Compass©(3)</i>	<i>Modelo adaptado</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión laboral</li> <li>• Demandas emocionales</li> <li>• Demandas mentales</li> <li>• Demandas físicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demandas emocionales</li> <li>• Demandas mentales</li> <li>• Demandas físicas</li> <li>• Sobrecarga de trabajo</li> <li>• Baja carga de trabajo</li> <li>• Ritmo de cambio</li> <li>• Cambio negativo</li> <li>• Burocracia</li> <li>• Acoso</li> <li>• Conflictos de roles</li> <li>• Conflictos interpersonales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo y personal suficiente</li> <li>• Retribución</li> <li>• Beneficios sociales</li> <li>• Políticas de Igualdad</li> <li>• Horario y conciliación</li> <li>• Prevención de riesgos laborales</li> </ul>

Fuente. Elaboración propia a partir de las referencias teóricas (2),(3).

*Recursos laborales: categorización de variables*

RECURSOS LABORALES		
<i>Modelo JD-R(2)</i>	<i>Energy Compass©(3)</i>	<i>Modelo adaptado</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• <i>Feedback</i> y desempeño</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Posibilidad de aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte de los compañeros de trabajo</li> <li>• Soporte del supervisor</li> <li>• Ambiente de trabajo</li> <li>• Efectividad del equipo</li> <li>• Clarificación de rol</li> <li>• Cumplimiento de expectativas</li> <li>• Reconocimiento</li> <li>• Control del trabajo</li> <li>• Ajuste personal-trabajo</li> <li>• Variedad de tareas</li> <li>• Participación en las decisiones</li> <li>• Utilización de habilidades</li> <li>• Disponibilidad de herramientas</li> <li>• Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección y apoyo superiores a diferentes niveles</li> <li>• Apoyo institucional</li> <li>• Gestión del centro</li> <li>• Confianza y coherencia</li> <li>• Equipo (ambiente y compañeros)</li> <li>• Profesionalismo, autonomía y rol profesional</li> <li>• Calidad asistencial y de trato ofrecida por el centro</li> <li>• Formación y desarrollo</li> <li>• Estabilidad laboral</li> <li>• Selección y acogida</li> <li>• Comunicación interna</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alineación</li><li>• Confianza en el liderazgo</li><li>• Justicia organizacional</li><li>• Remuneración justa</li><li>• Valorar la congruencia</li><li>• <i>Feedback</i> desempeño</li><li>• Posibilidad de formación y desarrollo</li><li>• Perspectiva profesional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imagen corporativa</li></ul>
--	--	--

Fuente. Elaboración propia a partir de las referencias teóricas (2),(3).